IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Zdrowia

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA I INNOWACYJNOŚCI W MEDYCYNIE (NR 6)**

z dnia 1 października 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 6)

1 października 2021 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie, obradująca pod przewodnictwem poseł **Violetty Porowskiej (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat nowoczesnego kształcenia lekarzy i pielęgniarek – studia i system specjalizacji, propozycje zmian.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agata Ziółkowska-Serzycka** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Marzena Nabrdalik** ekspert w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej ze współpracownikiem, **Beata Guzak** dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, **Michał Waszkiewicz** szef biura dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, **Piotr Wasilewski** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Marcin Gruchała** przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, **Rafał Kubiak** zastępca dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, **Krzysztof Madej** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej ze współpracownikiem, **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Marek Wleklik** przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Mamy już kworum. W związku z powyższym otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie.

Witam wszystkich członków podkomisji. Część jeszcze do nas dotrze, bo w tej chwili przekazują informacje, że nadal są na sali plenarnej, zadają pytania i dotrą na nasze spotkanie.

Witam również zaproszonych gości. Pozwólcie państwo, że odczytam listę dzisiejszych gości. Lista jest znamienita. Świadczy to o zainteresowaniu dzisiejszym tematem naszego spotkania.

Witam przede wszystkim pana Sławomira Gadomskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Dziękujemy, panie ministrze, że jest pan dzisiaj z nami. Witamy panią Edytę Gadomską, zastępcę dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia. Pana Marcina Gruchałę witam serdecznie – pan Gruchała jest przewodniczącym Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i rektorem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Dziękuję bardzo za obecność. Pani Beata Guzak, dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych – witam serdecznie. Pan Rafał Kubiak, zastępca dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi – witam pięknie, dziękuję za obecność. Pani Magdalena Kucharska, naczelnik wydziału w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia – witam

serdecznie. Pan Krzysztof Madej, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej – jeszcze go nie ma, ale na pewno do nas dotrze, bo potwierdzał swoją obecność. Pani Marzena Nabrdalik, ekspert w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej – dziękuję za obecność. Pani Jolanta Polkowska-Świeczka, starszy specjalista w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia MON – witam pięknie. Pani Magdalena Przydatek, zastępca dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych MZ – dziękuję za obecność. Pani Kamila Samczuk-Sieteska, prawnik z Naczelnej Izby Lekarskiej – witam. Joanna Walewander, sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – dzień dobry, witam serdecznie. Piotr Wasilewski, doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli – dziękuję za obecność. Pan Michał Waszkiewicz, szef biura dyrektora CMKP – dzień dobry, witam. Pan Marek Wleklik, przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" – dzień dobry. I pani Agata Ziółkowska-Serzycka, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Witam wszystkich państwa serdecznie. Miał być jeszcze z nami pan Wojciech Załuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ale chyba dzisiaj nie dojedzie, natomiast anonsował na poprzedni termin swoją obecność, tak więc zainteresowanie jest duże.

Jeszcze raz stwierdzam kworum na dzisiejszym posiedzeniu. Dzisiejszy prządek posiedzenia przewiduje informację ministra zdrowia na temat nowoczesnego kształcenia lekarzy i pielęgniarek – studia i system specjalizacji, propozycje zmian. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do posłów mejlem. Wiem, że również państwo – goście – prosili o materiały i te materiały zostały państwu przesłane, tak więc mamy asumpt do dysputy.

Bardzo proszę pana ministra Gadomskiego o przedstawienie stanowiska Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Dzień dobry, witam państwa serdecznie. Myślałem, że może jednak uda mi się nie zaczynać tej dyskusji i wsłuchać się w pewne głosy – z dwóch powodów. Wydaje mi się, że ostatnie lata to tak naprawdę dosyć dużo albo dużo narzędzi interwencji po stronie ministra zdrowia właśnie w nowoczesne kształcenie, w zmiany legislacyjne czy jakby pewne narzędzia inwestycyjne, narzędzia projakościowe, dosyć dużo środków unijnych przeznaczonych na pewne zmiany podejścia i wprowadzenie nowoczesnych technik kształcenia i rzeczywiście danie impulsu do tego, żeby uczelnie kształcące lekarzy, lekarzy dentystów czy inne zawody medyczne rzeczywiście dokonały pewnej ewolucji w kształceniu. Ta ewolucja zresztą się realizuje. Myślę, że takim dosyć dobrym przykładem są programy związane z centrami symulacji medycznej, która daje całkiem nowe, innowacyjne podejście do kształcenia. O tym za chwilę będę mówił.

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to skupię się na kilku przykładach z historii, ale powiem też być może, co planujemy na przyszłość, bo to chyba dla nas wszystkich może być nawet ciekawsze w zakresie przedmiotu obrad podkomisji. Zacząłem od centrów symulacji medycznej, bo to jest coś, co chyba najbardziej widać i w największym stopniu może faktycznie wpływać na wprowadzanie nowoczesnych form i technik kształcenia.

My w poprzednich latach, w ramach programu operacyjnego „Wiedza, edukacja, rozwój", sfinansowaliśmy wiele umów. W zakresie wieloprofilowych centrów symulacji medycznej, głównie w uniwersytetach medycznych czy uczelniach kształcących lekarzy, takich umów zawarliśmy 18. Prawie 350 mln zł przeznaczyliśmy na uruchomienie tych centrów. Ogromna większość z nich została już uruchomiona. Co więcej, większość jest już aktywnie wykorzystywana przy kształceniu.

Wielokrotnie dyskutowaliśmy – ja osobiście – z rektorami uczelni, na ile dzisiaj te centra zostały wprowadzone do programów kształcenia, na ile są wykorzystywane, na ile są wykorzystywane w trybie egzaminacyjnym. Myślę, że pan rektor Gruchała będzie mógł powiedzieć o swoich doświadczeniach, natomiast jestem przekonany, że dzisiaj to kształcenie dzięki tym centrom faktycznie wygląda już inaczej.

Mówiłem o centrach wieloprofilowych, ale 61 umów zawarto na monoprofilowe centra symulacji medycznej – prawie 160 mln zł. To głównie uczelnie kształcące na kierunkach

pielęgniarstwo i położnictwo. To kierunek, który zresztą będziemy chcieli kontynuować. Dzisiaj można powiedzieć, że pewien poziom nasycenia już nastąpił, natomiast wspólnie ze środowiskiem, z konsultantami krajowymi, z CMKP mamy wypracowane pewne założenia dotyczące dalszego wsparcia w tym obszarze, no i z jednej strony chcielibyśmy zakończyć ten proces nasycenia głównie w zakresie monoprofilowych centrów symulacji medycznej. Chcielibyśmy, żeby każda uczelnia kształcąca medyków posiadała takie centrum, ale z drugiej strony chcielibyśmy również skupić się w przyszłości na centrach specjalistycznych. Na przykład – żeby to zobrazować – centrach, które skupiają się wyłącznie na chirurgii, zabiegach, nowoczesnych technikach, endoskopii, laparoskopii, być może na technikach robotycznych. I takie centra, czyli przede wszystkim przewidziane do kształcenia podyplomowego, chociaż myślę, że również wykorzystywane do pewnego aktywnego zainteresowania studentów w kształceniu podyplomowym – taki kierunek chcielibyśmy realizować w następnych latach.

Warto na pewno zwrócić uwagę na te działania, które podjęliśmy w zakresie wprowadzenia pewnych dodatkowych form kształcenia, na przykład właśnie w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych. Duży program, również finansowany ze środków unijnych, 160 mln zł w latach poprzednich przeznaczone właśnie na kilka rzeczy – na program stypendialny dla studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, na finansowanie zajęć dodatkowych wykraczających poza standardowy program kształcenia, pewne dostosowanie warunków i zasad odbywania praktyk do wymogów europejskich ram jakości praktyk i staży, czy też finansowanie ponadprogramowych, płatnych praktyk zawodowych. To były te działania, na których skupialiśmy się w poprzednich latach w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych, ale też program, który realizowało Ministerstwo Zdrowia w zakresie poprawy jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, w szczególności w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej. To są te projekty, które zamknęliśmy już w zakresie kształcenia przeddyplomowego.

Również w obszarze kształcenia podyplomowego istotne zmiany, istotne projekty w ostatnich latach. Rozpocznę może, skoro już jesteśmy przy projektach unijnych, od tych projektów. Tutaj dwa duże programy w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy. Ponad 200 mln zł przeznaczono na to w latach poprzednich. Jeden z nich realizowany właśnie przez CMKP – rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych. Drugi, na 90 mln zł, to przede wszystkim właśnie rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznych – 13 projektów, ale też kształcenie podyplomowe lekarzy w innych formach niż specjalizacje, ze szczególnym uwzględnieniem kształcenia lekarzy POZ czy lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej.

Podobnie jeśli chodzi o pielęgniarstwo i położnictwo, kształcenie podyplomowe w tym zakresie. Tu również projekty realizowane na zmianę formuły kształcenia, na wykorzystywanie metod i technik symulacji medycznych w programach kształcenia, ale też ponad 65 mln zł przeznaczone na dodatkowe projekty w zakresie kształcenia podyplomowego, kursy specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne w bardzo szerokim zakresie, od pielęgniarstwa psychiatrycznego, przez opiekę nad chorymi z chorobą nowotworową, ordynowanie leków itd., itd. Rzeczywiście dosyć bogate programy w tym zakresie.

Nie sposób nie wspomnieć o dwóch jeszcze aspektach, już niezwiązanych z finansowaniem programów kształcenia, programów unijnych, tylko z pewnymi zmianami, które nastąpiły w roku 2020 w zakresie zmian legislacyjnych, zmian ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdzie wprowadziliśmy wiele rozwiązań w naszej ocenie poprawiających proces kształcenia lekarzy, takich jak chociażby zmiana programu stażu podyplomowego polegająca na wprowadzeniu części spersonalizowanej tego stażu, możliwości wyboru trzech dziedzin będących w kręgu zainteresowania lekarza, położeniu większego nacisku na odbywanie szkoleń związanych z komunikacją lekarza z pacjentem, z komunikacją z zespołem terapeutycznym. Tak więc tutaj rzeczywiście nie tylko takie twarde i jakościowe elementy kształcenia, ale również skupione na tym, na czym nam dzisiaj pewnie bardzo zależy, czyli na tych formach komunikacji, ale też – jeśli już jestem przy tych miękkich obszarach działania – na możliwości wyboru tematyki związanej z przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu.

Oczywiście, odnośnie do nowych form kształcenia – bo też pewnie nie sposób tego nie zauważyć – pandemia przyspieszyła zmiany w tym obszarze, i legislacyjne, i po stronie tego, co staraliśmy się uelastycznić jako resort zdrowia, ale też istotne zmiany w samych programach i formach kształcenia wdrożone przez uczelnie. Pewnie nie sposób dzisiaj wyobrazić już sobie kształcenia bez e-szkoleń, e-kursów, prowadzenia zdalnego. Myślę więc, że to z jednej strony efekt pandemii, która przyspieszyła tę ścieżkę, ale że nawet po pandemii wiele z tego zostanie i również my jako resort zdrowia będziemy te formy może nie preferować, ale na pewno umożliwiać.

Obiecałem, że skupimy się nieco na przyszłości. Nie chciałbym zabrać całego czasu, który ma podkomisja, więc dosłownie w kilku zdaniach o tym, nad czym pracujemy albo co już wypracowaliśmy.

„Krajowy plan odbudowy" to chyba jedno z najistotniejszych narzędzi wsparcia, narzędzi interwencji w tym obszarze, w którym zdefiniowaliśmy zadania, których do tej pory nie definiowaliśmy. Nie mieliśmy pewnie na to wystarczających środków, nie było takich możliwości, a też zauważamy, że nastąpił pewien moment nasycenia. Nasycenia chociażby uczelni medycznych, gdzie baza dydaktyczna, baza kliniczna uniemożliwia powoli rozszerzanie kształcenia, a na tym nam ciągle zależy. Mimo tego, że w ostatnich sześciu latach zwiększyliśmy limity przyjęć na studia o mniej więcej 2 tys. – mówię tu o studiach w języku polskim na uczelniach medycznych – to wielokrotnie rozmawialiśmy nawet na forum KRAUM-u o tym, że już wiele tych możliwości zwiększania limitów nie ma.

Pracując teraz – dzisiaj zresztą projekt ustawy jest w Sejmie – nad zmianą ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, wprowadzając możliwości wsparcia finansowego studentów odpłatnych studiów w języku polskim, też istotnie zwiększyliśmy limity, i tu też te możliwości się kończą. Z tego wynika program wsparcia w ramach „Krajowego planu odbudowy" związany właśnie ze zwiększeniem możliwości i po stronie dydaktycznej, i po stronie obiektów dydaktyczno-klinicznych. Tutaj istotne wsparcie. Finansowo wsparcie ogromne, bo mniej więcej 3 mld zł przeznaczamy na te działania w najbliższych latach w ramach „Krajowego planu odbudowy", tylko na działania związane ze zwiększeniem możliwości kształcenia zawodów medycznych w Polsce.

Dla porównania, szanowni państwo, 3 mld zł przeznaczyliśmy w ostatniej perspektywie unijnej na wszystkie programy w ramach programu operacyjnego „Wiedza, edukacja, rozwój", nie tylko w zakresie kształcenia. 3 mld zł to mniej więcej poziom, którym minister zdrowia dysponował w zakresie programu operacyjnego „Infrastruktura i środowisko", i myślę, że większość szpitali, a już na pewno każdy szpital kliniczny w tym kraju, każdy instytut, każdy duży, wysokospecjalistyczny szpital w Polsce sięgnął po te środki. To więc pokazuje skalę tej interwencji, którą planujemy w zakresie kształcenia.

Na co przede wszystkim chcemy przeznaczyć te środki? To w dużej części środki inwestycyjne związane właśnie z rozwojem bazy dydaktycznej, ale również bazy klinicznej. Chcielibyśmy zapoczątkować pewną konsolidację klinik na bazie obcej i rzeczywiście skupiać to raczej w bazie klinicznej podległej czy nadzorowanej przez uczelnie.

Chcemy w ramach „Krajowego planu odbudowy" wesprzeć takie obszary – w cudzysłowie – zapomniane nieco, jak baza związana z akademikami, bibliotekami uniwersyteckimi, czyli tymi formami wsparcia. Chcemy również wesprzeć uczelnie w zakresie infrastruktury teleinformatycznej. To wydaje się ten kierunek – i te sygnały mieliśmy ze strony uczelni – który jest rzeczywiście warty wsparcia.

To, co na pewno chcemy realizować – mówię już tutaj nie o infrastrukturze twardej – to pewne formy zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach, pewnego bezzwrotnego dofinansowania kształcenia, stypendiów dla osób podejmujących studia medyczne, pewnego projektu związanego z mentoringiem, czyli takim ułatwieniem wejścia w zawód. Ułatwienie osobom, które kończą studia, dostosowania się do warunków pracy zawodowej. Ale też – co mówiłem wcześniej – chcemy wykorzystywać możliwości dotyczące rozwoju metod symulacji medycznej. Chcemy wprowadzić pewne zmiany czy programy podnoszące kompetencje miękkie, również w obszarach dydaktyki i kadr uczelni.

Tych projektów jest dużo. Ja odsyłam, bo „Krajowy plan odbudowy" jest dostępny, był poddany dyskusji, my konsultowaliśmy go dość szeroko. W mojej ocenie przyjął się dość dobrze i raczej pozytywnie, raczej te narzędzia interwencji były chwalone.

Na koniec – żeby to spiąć pewną klamrą – to nie wszystko, bo pracujemy jeszcze i intensywnie negocjujemy z Komisją Europejską tę standardową perspektywę unijną, czyli to, co wcześniej mieliśmy w POWER i POIiŚ. Tutaj planujemy działania związane z pewnym rozwojem infrastruktury, narzędzi służących nauce, również związanych z programami kształcenia, dodatkowymi kursami chociażby w zakresie medycyny rodzinnej, pewną standaryzacją procesów szkolenia, chociażby w zakresie szkolenia podyplomowego (to, o czym mówiłem), stworzeniem ośrodków symulacji zabiegowych – to rzeczywiście też jest wpisane w ten program – ale również zwiększeniem naszej, ministerialnej, aktywności w tych projektach związanych z kształceniem innych zawodów medycznych. Mówię tu na przykład o ratownictwie medycznym, o farmacji, o obszarze diagnostyki laboratoryjnej, fizjoterapii. To są te obszary, w których również, a może nawet bardziej niż do tej pory, chcemy angażować środki unijne i krajowe w zakresie i poprawy jakości, i rzeczywiście zwiększenia liczby osób kształcących na tych kierunkach.

Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję, panie ministrze. Rzeczywiście ta perspektywa, wizja nowoczesnego kształcenia rysuje się bardzo interesująco. Myślę, że jest taką odpowiedzią na nowoczesne potrzeby dzisiejszego szkolnictwa, tak więc bardzo dziękuję.

Otwieram dyskusję, proszę państwa. Zadam tylko pytanie takie, czy państwo posłowie chcieliby w pierwszej kolejności zadawać pytania, czy jednak pozwolimy naszym gościom na wypowiedzenie się. Goście.

To bardzo proszę naszych gości o udział w dyskusji i zapraszam do dyskusji. Później państwo posłowie będą się odnosili do państwa wypowiedzi. Pan profesor, bardzo proszę. Proszę się przedstawić, bo to jest nagrywane, tak więc od tego będziemy zaczynać nasze wypowiedzi.

Przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Marcin Gruchała:

Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Proszę państwa, rzeczywiście to, co powiedział pan minister, to jest prawda. Bardzo dużo dobrych rzeczy zadziało się na przestrzeni ostatnich lat w ramach kształcenia medycznego przed- i podyplomowego.

Taką wizytówką rzeczywiście mogą być centra symulacji medycznej, zarówno te w kształceniu przeddyplomowym, które w formie światowej pojawiły się na wszystkich uczelniach medycznych i zostały niezwykle ciepło i z wielkim entuzjazmem przyjęte przez nauczycieli akademickich i studentów… Te centra są wykorzystane w 200% – tak bym powiedział. One są oblegane przez studentów, bo to jest rzeczywiście ogromny postęp możliwości takiego komfortowego nauczania umiejętności medycznych, co w zawodach medycznych ma kapitalne znaczenie.

Dzięki inwestycjom finansowanym z Ministerstwa Zdrowia ogromnej poprawie uległy również baza dydaktyczna i baza kliniczna. Powstało bardzo wiele nowych szpitali klinicznych w nowej bazie. Tutaj muszę powiedzieć, że chociażby nasza uczelnia, Gdańsk, na pewno jest takim miejscem, które przeniosło się co najmniej o 150 lat do przodu na przestrzeni ostatnich 10–15 lat – jest tego bardzo dobrym przykładem.

Również – dzięki dobrej współpracy – udało się zwiększyć liczbę kształconych studentów. To jest pozytywne i na pewno to nie jest koniec. Wszyscy wiemy, że kadr medycznych potrzebujemy znacznie, znacznie więcej, niż dzisiaj kształcimy. Myślę, że bardzo dobrym ruchem jest ten zaproponowany kredyt studencki, nad którym będą państwo obradować chyba nawet na tym posiedzeniu Sejmu. Ja chciałbym bardzo gorąco ten projekt poprzeć. On przede wszystkim umożliwia dobrym maturzystom, którzy ze względów ekonomicznych nie byli w stanie pójść na studia niestacjonarne, a nadal mają bardzo dobry wynik matury, na preferencyjnych warunkach ten kredyt otrzymać. To jest bardzo

dobre, myślę, że wszystkim nam powinno zależeć na tym, żeby do zawodów medycznych rekrutowali się najlepsi maturzyści, bo przecież oni będą nas leczyć.

Również te inicjatywy, które zostały zapisane w „Krajowym planie odbudowy", na pewno będą służyły zwiększeniu liczby kształconych studentów, bo one są nakierowane na bazę dydaktyczną, tak jak pan minister Gadomski przed chwilą mówił. One zostały bardzo szeroko skonsultowane z KRAUM-em, za co bardzo panu ministrowi dziękuję, bo rzeczywiście mieliśmy możliwość wprost odniesienia się do tych wszystkich propozycji, podać nasze propozycje i jasno powiedzieć, gdzie są wąskie gardła, jeśli chodzi o możliwość zwiększenia kształcenia w zakresie czy lekarzy, czy pielęgniarek, czy położnych.

Nie ukrywam natomiast, że z pewnym zaniepokojeniem obserwujemy propozycję, która również trafiła do Sejmu, obniżenia kryteriów dla uczelni, które będą uprawnione do kształcenia na kierunku lekarskim. To budzi niepokój wśród uczelni medycznych. Naszym zdaniem utrzymanie akademickości kształcenia lekarzy jest niezwykle ważne i tutaj prosiłbym państwa o pewną refleksję w tym zakresie. Jakość kształcenia jest gwarantowana przez poziom kadry, również przez akademickość w zakresie medycyny, która jest zawodem w sposób szczególny związanym z nauką, postępem naukowym. Chociażby to, czego doświadczyliśmy w pandemii, że dzięki nauce i badaniom naukowym w ciągu roku pojawiła się szczepionka. Nie ma innej takiej dziedziny życia, gdzie nauka tak szybko wchodzi do praktyki – to jest tylko i wyłącznie medycyna, proszę państwa.

Tak więc bardzo proszę państwa o refleksję. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia jest też otwarte na dialog i dyskusję w tym zakresie. To jest bardzo ważny przepis i może na wiele lat zaważyć na jakości przyszłych absolwentów. Myślę, że najważniejsze jest to, żebyśmy zwiększyli liczbę kształconych lekarzy, pielęgniarek i położnych, ale żebyśmy robili to bardzo, bardzo rozważnie, nie tracąc jakości kształcenia. I jednak pamiętajmy o tym, że to są zawody bardzo wymagające. To są zawody zaufania publicznego i bardzo proszę ustawodawcę o to, żeby o tym pamiętał.

Bardzo państwu dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję. Przede wszystkim dziękuję za podsumowanie tych dobrych aspektów, które się wydarzyły w kształceniu medyków, pielęgniarek i położnych. Ten kontrowersyjny asumpt, o którym pan profesor był uprzejmy wspomnieć, jest w tej chwili przedmiotem pewnej dyskusji. Jak pan profesor zauważył, ministerstwo jest otwarte na rozmowy w tej materii, tak więc temat jeszcze nie jest zamknięty. Ale na pewno pan minister będzie odnosił się jeszcze do tych kwestii. Ja proponuję, żebyśmy mieli pulę pewnych refleksji i pewnych pytań – tak żeby pan minister mógł później się odnieść do tych kwestii.

Kto chciałby zabrać głos w następnej kolejności? Bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się.

Szef biura dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Michał Waszkiewicz:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, panie rektorze, panie ministrze, Michał Waszkiewicz, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Po tym, jak magnificencja mówił o kształceniu przeddyplomowym lekarzy, czyli o studiach medycznych, ja chciałbym powiedzieć kilka słów na temat przygotowania systemu kształcenia podyplomowego i nowoczesnych metod, z którymi mamy do czynienia. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego jest taką jednostką, uczelnią, ale wykonującą również zadania administracyjne z zakresu kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych – wszystkich z wyjątkiem pielęgniarek. Chciałbym powiedzieć, że również w kształceniu podyplomowym byliśmy i jesteśmy przygotowani do tego, żeby te nowoczesne metody kształcenia wprowadzić. Dość powiedzieć, że pierwszy kurs online, elektronicznie przeprowadzony był 18 marca 2020 r., czyli króciutko po tym, jak został wprowadzony stan przedepidemiczny, że tak powiem.

Od tamtej pory, proszę państwa, tylko w 2020 r. ponad 31,5 tys. lekarzy uczestniczyło w obowiązkowych kursach zorganizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia

Podyplomowego, przez uczelnie medyczne właśnie w formie online. Wszystko to odbywa się oczywiście z zachowaniem należytej jakości, to znaczy wszystkie te kursy teoretyczne dają lekarzom możliwość komunikowania się z wykładowcami. One wszystkie są podsumowywane testami, wobec tego ta jakość kształcenia jest monitorowana. Wszystkie one również kończą się ankietami, które oceniają zarówno pracę wykładowców, jak i treść merytoryczną tych kursów. Wobec tego pomimo że rzeczywiście, tak jak pan minister powiedział, spora część tego kształcenia teoretycznego przenosi się na taką formę online, która z jednej strony ułatwia kształcenie, ale drugiej strony niesie ze sobą pewne ograniczenia, to zarówno CMKP, jak i uczelnie medyczne – podejmujemy takie działania, żeby tę jakość kształcenia na możliwie wysokim poziomie zachować.

Jeśli chodzi o kształcenie praktyczne, pan minister i magnificencja podkreślali również kwestię tego nowoczesnego kształcenia praktycznego. Tu również, proszę państwa, także w CMKP i w tych częściach, które wymagają w symulacji medycznej bezpośredniego kontaktu w relacji nauczyciel–uczeń, nie zaprzestaliśmy takiego kształcenia. Wprowadzone zostały specjalne regulacje, które pozwalają w takim trybie bezpieczeństwa epidemiologicznego prowadzić zajęcia praktyczne. Wobec tego, jeśli chodzi o zapewnienie bezpieczeństwa kształcenia i wprowadzania tych nowoczesnych metod w kształceniu podyplomowym, szczególnie lekarzy, to również żadnych zagrożeń nie ma.

Jeśli chodzi o takie króciusieńkie podsumowanie kwestii miejsc specjalizacyjnych, jakimi dysponujemy w tej chwili, to nie ma żadnego zagrożenia w żadnej z dziedzin, proszę państwa, w skali kraju. To chciałbym podkreślić, bo w skali niektórych województw, w niektórych specjalizacjach rzeczywiście wszystkie miejsca specjalizacyjne są zajęte. Natomiast jeśli chodzi o krajową skalę, to w żadnym województwie, w żadnej dziedzinie specjalizacji nie brakuje miejsc. To znaczy, jeśli lekarz w jakimś województwie chciałby się specjalizować w którejkolwiek dziedzinie medycyny, to w każdym z województw takie miejsce szkoleniowe w jednostce akredytowanej znajdzie. Niestety nie zawsze w swoim mieście. To jest jeszcze kwestia, która… Z jednej strony oczywiście chcielibyśmy, żeby tak było, żeby lekarze mieli szansę specjalizować się możliwie blisko swojego miejsca zamieszkania, ale musimy pamiętać również o tym, że także w tym kształceniu praktycznym, czyli na stażach, musimy skupić się na zapewnieniu odpowiedniej jakości, a to wiąże się z warunkami akredytacyjnymi. Nie każdy szpital w Polsce jest w stanie spełnić warunki akredytacyjne. Po to, aby zachować tę wysoką jakość szkolenia praktycznego, one oczywiście muszą pewne – nie chcę powiedzieć minimum, one powinny być znacznie powyżej średniej, żeby rzeczywiście wysoką jakość kształcenia podyplomowego zapewnić. Wobec tego, również jeśli chodzi o zaplecze dla tej części praktycznej, dla staży kierunkowych, podstawowych, niebezpieczeństwa nie ma.

CMKP zajmuje się również uznawaniem kwalifikacji. Wprowadzone zostały takie mechanizmy przy okazji tej sytuacji pandemicznej, które pozwalają na uznawanie staży czy elementów szkolenia specjalizacyjnego w przypadku, w którym w związku z epidemią lekarze nie mają możliwości ich realizacji. Okazuje się, że wcale tak bardzo dużo wniosków nie spływa. Wobec tego, mimo tej trudnej sytuacji w pewnych momentach ubiegłego roku czy nawet tego roku w bardzo trudnej sytuacji epidemicznej, okazuje się, ze ona w istotny sposób nie zakłóca szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. To tak króciusieńko, żeby nie zabierać państwu czasu, może na ten moment tyle. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję.

Proszę państwa, dostałam informację, że pan minister będzie musiał o godzinie 11:00 pojawić się na posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych. W związku z tym, korzystając z obecności pana ministra, bardzo proszę o przekazywanie już konkretnych pytań, na które pan minister zdążyłby odpowiedzieć w tym czasie, który ma poświęcony dla naszej Komisji. Bardzo proszę, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Faktycznie przedstawiony materiał, jak i działania, które są podejmowane przez ministerstwo, idą w dobrym kierunku, jeżeli chodzi o szkolenia, jak najbardziej, ale

miałabym też kilka pytań do pana ministra, ponieważ poza tym, że właściwie wymusza to na nas technologia, która w tej chwili jest w całej Polsce i we wszystkich dziedzinach, nie tylko w medycynie… Nie tylko medycyna szybko się dostosowuje, ale również inżyniera, w tym medyczna inżynieria, przystosowuje się jeszcze szybciej, panie rektorze, ale tak to bywa i tak musi być. Nie dość, że to nas spotyka technologicznie, to można powiedzieć, że właściwie dzięki pandemii ta technologia tak szybko do nas przyszła. Gdyby nie ta pandemia, to do tej pory mnóstwo informatycznych zdobyczy nie byłoby wprowadzonych w służbie zdrowia. Tak więc czasami pewne zdarzenia na pewno wymuszają dobre i szybsze działania.

Ja natomiast miałabym pytanie do pana ministra, ponieważ oczywiście zmienia się szkolenie, bardzo dużo pieniędzy jest wydatkowanych przede wszystkim na inwestycje – bo tutaj mówi się o tych inwestycjach, na które środki zostały wydatkowane, ale i w tym planie odbudowy – natomiast ja bym chciała wiedzieć, jaki efekt końcowy, oprócz tego, że wprowadzamy nowe technologie, ministerstwo sobie założyło. Jeżeli bowiem cały czas mówimy o tym, że brakuje nam lekarzy i należałoby dążyć do tego… Zresztą w tej nowej ustawie, którą będziemy dzisiaj procedować, a która mówi właśnie o tym braku lekarzy i co zrobić, aby zwiększyć liczbę lekarzy, i o co pan rektor apelował – z jednej strony przyjmijcie dofinansowanie, ale z drugiej strony nie przyjmujcie państwowych szkół zawodowych – to wszystko jest w jednej ustawie, więc faktycznie trzeba będzie długo przekonywać się nawzajem, co jest bardziej słuszne i co należy zrobić.

Ja natomiast, przyglądając się właśnie temu i temu, co państwo przedstawiacie, że idziemy w dobrym kierunku, że technologie się wprowadza, chciałabym wiedzieć, co poza tymi technologiami umożliwi osiągnięcie większej liczby lekarzy. Dalej nic nie wspomina się o tym. Jeżeli mamy tak nowoczesną technologię, są tak nowoczesne w tej chwili centra symulacji medycznej, to dlaczego nadal zakres studiów się nie zmienia, nadal program studiów się nie zmienia, przez 50 lat. Ja nie twierdzę, że trzeba wszystko wywracać do góry nogami, ale może trzeba by się zastanowić, czy nie należałoby pewnych elementów zmienić. Czy dalej studia muszą trwać sześć lat? Czy dalej po tych studiach sześcioletnich roczny staż? Przecież to jest łącznie siedem lat. Następnie specjalizacje, które trwają sześć lat. Czy ten cały cykl, tak długi, przy tak nowoczesnym w tej chwili nauczaniu nie powinien ulec zmianie? Można byłoby mówić o tym, że szybciej wypuszczalibyśmy tych lekarzy do pracy z pacjentem.

Tutaj państwo wspominacie też, i to dosyć dużo, na temat tego, jakie działania podjęto, czyli na przykład, że jest 15 wyborów miejsc specjalizacyjnych, że wprowadza się dodatkowe wynagradzanie dla osób, które opiekują się specjalizantami. Jednak, proszę państwa, dla administracji i księgowości to jest tyle pieniędzy, że… Jeżeli w przypadku każdego lekarza, który odbywa specjalizację, trzeba dokładnie przejrzeć, czy aby na pewno on te 20 dni roboczych pracował, bo może jednego dnia go nie było i trzeba to odliczyć kierownikowi specjalizacji, to muszę państwu powiedzieć, że to jest szmat roboty, ale to tak praktycznie. De facto kierownik specjalizacji nie dostaje tych 500 zł miesiąc w miesiąc, bo trzeba mu to pomniejszać – i w końcu dostaje jakieś 300 czy ileś złotych. Czyli w rezultacie te pieniądze nie są wysokie – tak bym powiedziała. Każdy pieniądz ma swoją wartość, ale na pewno nie są to pieniądze, jeszcze przy takim zaangażowaniu całych innych służb szpitalnych…

Natomiast dalej jest takie pytanie, co w związku z tym tak naprawdę się zmieniło. I dla kogo są to korzyści, oprócz osoby, która robi specjalizację, że ma 15 wariantów do wyboru, że może korzystać w całej Polsce. W jaki sposób to wpływa na to, że tych lekarzy mamy faktycznie więcej? Rodzi się więc pytanie, co państwo osiągnęliście poza tym, że wprowadziliście nowoczesność.

Teraz chce się wprowadzić jeszcze więcej miejsc do nauczania. Z jednej strony mówicie państwo, i tu pan też mówił – chodzi mi o możliwości specjalizacji dla poszczególnych oddziałów, dla poszczególnych rodzajów specjalizacji… Mówi się o tym, że muszą spełniać faktycznie wysokie wymogi. Jak więc będzie można wprowadzać szkoły w państwowych wyższych szkołach zawodowych, jeśli do dyspozycji będą naprawdę okrojone oddziały, jeżeli chodzi o możliwości prowadzenia praktyk? Myślę więc, że należałoby się zastanowić, jakie efekty… Oczywiście technika idzie, i to nieubłaganie, my do techniki

jak najbardziej się dostosowujemy, i chwała, bo tak powinno być i powinniśmy to mieć, ale co w związku z tym? Jakie inne cele my uzyskujemy, ażeby tak było?

No i jeżeli chodzi o szkolenia specjalizacyjne, szkolenia podyplomowe i przeddyplomowe dla pielęgniarek i położnych, dużo państwo piszecie, że są realizowane kursy specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne, ale jednocześnie – przynajmniej w tym materiale – nie wspominacie państwo nic o innych zawodach, o których tak głośno się mówi. Ja chciałabym zapytać pana ministra, czy upadła już ta inwencja, nie wiem czyja, żeby ratownik medyczny był pomocnikiem chirurga. Myślę, że to już gdzieś po drodze się zagubiło, bo przynajmniej o tym się nie słyszy, a już się o tym wspominało.

W tej chwili opiekun medyczny… Przede wszystkim zwracam się tutaj do izb pielęgniarskich, czy wiedzą i czy były z nimi prowadzone rozmowy, jaki jest w tej chwili program szkolenia opiekunów medycznych. Jeżeli było to ustalane z państwem i państwo uważacie, że tak powinno być, że teraz opiekun medyczny będzie mógł wykonywać zastrzyki, pobierać krew, no to albo nazwijmy ten zwód inaczej – nie opiekun, tylko młodsza pielęgniarka – i przyjrzyjmy się, w jaki sposób mają być te szkolenia…

Powiem państwu, że my rozmawiamy o dużych rzeczach, a obok wychodzą zarządzenia i rozporządzenia ministra zdrowia, o których nikt nie wie, a które raptownie się pokazują i właściwie od nowego roku szkolnego będzie można kształcić opiekunów medycznych właśnie według tych nowych, narzuconych wytycznych szkoleniowych. Myślę więc, że jakość jest tu niezmiernie ważna, natomiast ja dalej bym uważała, że należałoby też osiągać inne cele poza wprowadzaniem nowoczesnych technologii i żeby te cele były mierzalne, i żebyśmy mogli o nich powiedzieć – proszę bardzo, w związku z wprowadzeniem tego to oprócz tej nowoczesności… Z jednej strony mamy roboty da vinci, które są przecież wprowadzane, a z drugiej strony nic właściwie się nie zmienia w kształceniu lekarzy, jeżeli chodzi o liczbę… Naprawdę ten cykl szkolenia jest tak długi, że sami państwo wiecie – o tym cały czas się mówi – siedem plus potem sześć. To bardzo dużo.

Mało też się dzieje, jeżeli chodzi o zakresy specjalizacji. O tym ministerstwo cały czas mówi, ale mało się dzieje i właściwie państwo… Nie wiem, może trwają prace, ale my nie wiemy. Potem my jako posłowie dowiadujemy się o tym w postaci rozporządzeń czy zarządzeń, na które nie mamy wpływu, o których nie dyskutujemy, więc też chcielibyśmy cokolwiek na ten temat wiedzieć, czy coś dzieje się w tym zakresie.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Państwo posłowie, bardzo proszę, wykorzystajmy tę chwilę, kiedy pan minister z nami jest. Czy są jeszcze jakieś pytania ze strony posłów? Później możemy dalej dyskutować z gośćmi, natomiast pana ministra będziemy mieć jeszcze przez chwilę. Czy są jeszcze pytania? Dziękuję bardzo. Panie ministrze, czy mógłby pan odnieść się do tych kwestii, które zostały do tej pory na posiedzeniu przedstawione?

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Od czego zacząć? Może zacznę od tego kształcenia i możliwości. Są dwa fundamentalne cele, które przyświecają nam w większości albo we wszystkich działaniach. Z jednej strony zwiększenie możliwości, czyli liczby kształconych w Polsce, ale z drugiej zachowanie największej jakości tego kształcenia, które realizujemy. Temu służą te działania.

Z jednej strony rzeczywiście podtrzymuję to, że my jesteśmy otwarci na pewien dialog o liczbie miejsc, w których w Polsce można kształcić lekarzy, o tym, czy mogą to być na przykład uniwersytety, które do tej pory nie kształciły w zawodach medycznych, co dzisiaj w procedowanej ustawie ma zostać umożliwione, czy niekoniecznie, czy państwowe wyższe szkoły zawodowe – tak, czy nie.

Ja chciałbym zwrócić uwagę na jedno, bo w mojej ocenie ta dyskusja ogniskuje się wokół tego – kto, a nie wokół tego – jak, a odpowiedź jest prosta – tak samo jak dzisiejsze podmioty kształcące lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki, położne itd. Czyli jak? Zgodnie z tymi standardami, które dzisiaj obowiązują. Po pierwsze, standard kształcenia na każdej uczelni będzie dokładnie taki sam. Nie zamierzamy wprowadzać innego

standardu kształcenia na uniwersytetach medycznych, innego w collegiach medicach, a innego w szkołach zawodowych itd. To po pierwsze.

Po drugie, nie zapominajmy też, że żeby jakakolwiek uczelnia, czy medyczna, czy ogólnoakademicka, czy państwowa wyższa szkoła zawodowa mogła rozpocząć kształcenie lekarzy, to musi przejść procedurę akredytacyjną dokładnie taką samą, jaką dzisiaj musi przejść każda uczelnia. Tutaj też żadnych wyłomów nie zamierzamy robić.

Ja porównuję to z możliwością latania samolotem – każdy z nas to dzisiaj może robić. Ustawa nam to gwarantuje. Mamy 18 lat ukończone i możemy rozpocząć kurs pilota, natomiast niewielu z nas bierze się za to z różnych powodów. Niektórzy być może tego nie potrzebują – i myślę, że niektóre uczelnie również do tego podejdą w ten sposób, że rozpoczęcie kształcenia na wydziałach lekarskich im się nie opłaca. To są ogromne inwestycje. To jest ogromne zaangażowanie sił i środków, żeby taki wydział utworzyć. To może być inwestycja, w której ciężko będzie o zwrot, bo jest jeszcze kwestia tego, czy taka uczelnia wypełni ten poziom, który zapewni pewną opłacalność kształcenia. To z jednej strony.

No a z drugiej strony, nawet gdy już chcemy zostać tym pilotem, to musimy przejść przez ogromnie trudną ścieżkę, aż do cyklu egzaminacyjnego. Tu jest podobnie. To nie jest tak, że dzisiaj uczelnia, uniwersytet, pewueszetka powie, że chce mieć wydział lekarski i raptem zacznie na nim kształcenie. No nie. Będzie musiała przejść dosyć szczegółową procedurę akredytacyjną. Podchodzę więc do tego w ten sposób, że raczej skupiłbym się na tej dyskusji, jakie kryteria jakościowe oceniać w procesie nadawania uprawnień do kształcenia, czy może jeszcze bardziej zaostrzyć te kryteria, czy może procedury akredytacyjne powinny być jeszcze bardziej szczegółowe, a mniej na tym, czy dany typ uczelni może kształcić, czy nie, chociaż rzeczywiście staramy się wsłuchiwać w te głosy i myślę, że ta dyskusja trwa.

Pani poseł Gelert pytała o efekty do osiągnięcia. Trochę odpowiedziałem w pierwszym zdaniu, czyli trochę większa liczba kształcących się na kierunkach medycznych, z drugiej strony zachowanie tej najwyższej jakości.

Ja trochę nie zgadzam się, że my to robimy czy wprowadzamy nowoczesne techniki kształcenia dla samego ich wprowadzenia. My je wprowadzamy również, a może przede wszystkim po to, żeby w ogóle uatrakcyjnić sposób kształcenia, żeby zachęcić większą liczbę młodych ludzi do tego, żeby chcieli się kształcić. Ja wierzę w to, że dzisiaj kształcenie właśnie z wykorzystaniem technik symulacji, z wykorzystaniem nowych możliwości popróbowania tego, co robimy, z wykorzystaniem technik opierających się na praktykach, na wykorzystaniu bazy klinicznej, na jeszcze większym jakby zastosowaniu tego uatrakcyjnia te studia w stosunku do innych kierunków.

Przecież my musimy pamiętać, że w pewnym sensie uczelnie medyczne nie walczą tylko między sobą o studenta, ale również walczą z innymi kierunkami – informatyką, ekonomią, finansami i bankowością itd., itd. Te wszystkie zmiany w procesach kształcenia i uatrakcyjnienia służą również temu, żeby większa rzesza osób kierowała swoje kroki właśnie do tych uczelni. O ile bowiem można powiedzieć dzisiaj, że w zakresie kształcenia lekarzy zainteresowanie jest większe niż możliwości kształcenia w systemie publicznym – po to również, żeby te możliwości zwiększyć, wprowadzamy ten kredyt studencki, chcemy uatrakcyjnić formę kształcenia na studiach płatnych – o tyle już w zakresie kształcenia pielęgniarek, położnych, ratowników i innych zawodów medycznych ciągle musimy walczyć o te osoby, które chciałyby wejść do tego kształcenia. Z tego wynika to uatrakcyjnianie, te nowoczesne formuły.

Myślę, że pewnie długo moglibyśmy dyskutować w tym gronie i obawiam się, że każdy z nas miałby coś do powiedzenia i ta odpowiedź byłaby nieco inna odnośnie do tego, czy ten cykl kształcenia dzisiaj jest za długi, czy nie jest za długi. Po pierwsze, niewiele da się go skrócić, bo sama Unia Europejska wymaga od nas, żeby cykl kształcenia na uczelniach medycznych był co najmniej pięcioletni. Pojawia się więc pytanie, czy warto skrócić o ten rok i przyspieszyć, czy nie warto, czy ten program kształcenia zmieści się, czy się nie zmieści. Ja uważam – pytanie, jakie jest tutaj stanowisko przede wszystkim rektorów uczelni, nauczycieli akademickich – że dzisiaj ten cykl jest adekwatny. Jeżeli my z jednej strony mówimy, że rozbudowujemy formy kształcenia, wprowadzamy nowe możliwości,

choćby te w kwestii nauki symulowanej, to chyba nie bardzo mamy potencjał do tego, żeby jakoś wyjątkowo mocno skracać cykl kształcenia

Może nieco inaczej jest w kształceniu podyplomowym. Wydaje się z jednej strony, że te zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, które wprowadziliśmy, w pewnym sensie uatrakcyjniają i uelastyczniają ten proces kształcenia. Z drugiej strony ta ustawa dała nowe możliwości, z których pewnie jeszcze nie korzystamy w pełni, ale ten moment na pewno nastąpi, związane z możliwością certyfikacji umiejętności, czyli z możliwością szybszego niż cały cykl specjalizacyjny osiągnięcia pewnego poziomu doskonałości w danej, węższej dziedzinie.

Myślę, że przed nami na pewno dyskusja o zmniejszeniu liczby specjalizacji. Ta dyskusja chyba jakoś nie może się skończyć, ale również w tych narzędziach interwencji, które planujemy chociażby w planowaniu przyszłej perspektywy, zakładamy, że właśnie będziemy skupiać się przede wszystkim na kształceniu w zakresie certyfikacji umiejętności i doskonalenia w węższych obszarach. Zakładamy jednak, że ta liczba specjalizacji będzie ulegała zmniejszeniu.

Nie zgodzę się też, że nie zmieniają się standardy kształcenia, chociaż pewnie lepiej, żeby tu praktycy się wypowiedzieli, bo z naszej strony te standardy ulegają jednak zmianie. Ostatnia istotna zmiana w roku 2018. Teraz pracujemy nad kolejną zmianą i nowym standardem kształcenia, więc chyba jednak (ale mówię „chyba", bo nie studiowałem medycyny) inaczej kształciło się 40 lat temu, a inaczej kształci się dzisiaj i te standardy są inne – drastycznie inne – niż były kilkadziesiąt czy nawet kilkanaście lat temu. Jestem przekonany, że nadal będziemy je uatrakcyjniać właśnie po to, żeby przede wszystkim zachęcać do kształcenia na tych kierunkach. I szczerze powiedziawszy, jak patrzę na to – a studiowałem matematykę, studiowałem finanse, bankowość, ekonomię na dwóch różnych uczelniach – dzisiaj kształcenie lekarzy, pielęgniarek, ratowników jest dużo bardziej atrakcyjne niż kształcenie w tych zawodach. Wierzę więc w to, że ten kierunek obrany przez nas jest rzeczywiście słuszny.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję, panie ministrze. Przepraszam, że tak wykorzystuję pana obecność, ale mamy jeszcze ze trzy minuty. Czy ktoś chciałby do pana ministra złożyć jakieś…

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Pani wierzy, że ja się teleportuję…

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Jak nowoczesność, to nowoczesność. Bardzo dziękuję, panie ministrze za obecność. Myślę, że nie wyczerpiemy tego tematu tylko na jednym posiedzeniu, bo rzeczywiście jest bardzo szeroki. Ja widziałam, że chyba pani Guzak się zgłaszała…

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Pani przewodnicząca, jedno słowo, bo oczywiście zostają przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, moi pracownicy, którzy na pewno merytoryczny poziom mają znacznie większy ode mnie. Gdyby więc były jakieś szczegółowe pytania, to oczywiście służymy i jesteśmy nadal dostępni.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję. Na pewno nie kończymy jeszcze spotkania, bo tych pytań może pojawić się więcej, a przede wszystkim pewnego asumptu do dyskusji. Dziękuję jeszcze raz, panie ministrze.

Bardzo proszę, pani doktor Guzak, chyba ad vocem trochę.

Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Beata Guzak:

Dzień dobry. Szanowna pani przewodnicząca, magnificencjo, szanowni goście, nie może w tak zacnym gronie zabraknąć głosu dotyczącego pielęgniarek i położnych, a szczególnie kształcenia podyplomowego, bo tym się zajmuję. Idealnie w cały proces, o którym mówili wcześniej moi przedmówcy, wpisuje się też nasze kształcenie pielęgniarek

i położnych. Faktycznie te wszystkie programy, kwestia podnoszenia jakości, kwestia zwiększania liczebności studentów – to wszystko jest realizowane, to wszystko się dzieje.

Żeby przytoczyć liczby, to w 2014 r. były 74 uczelnie, które kształciły pielęgniarki i położne. W 2021 jest 110 uczelni, które posiadają akredytacje do kształcenia pielęgniarek i położnych. Ja oczywiście skrócę całkowicie swoją wypowiedź, bo nie będę powtarzać tego, co moi przedmówcy mówili. Skupię się przede wszystkim na kształceniu podyplomowym, żeby wspomnieć, że niestety to kształcenie troszeczkę odstaje od innych zawodów. Ubolewamy, że pielęgniarki kształcone są przede wszystkim przez podmioty prywatne. Podmioty prywatne praktycznie w 50%, bo też i samorząd, i podmioty lecznicze zajmują się tym kształceniem, ale kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych nie posiada akredytacji i to jest kluczowe zadanie, które należy wykonać, żeby kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych weszło na zupełnie inny poziom.

Oczywiście pewne zaczątki tego działania były. W 2019 r., pod koniec, były prowadzone spotkania i konsultacje z szerokim gronem naszego środowiska, z udziałem naczelnej rady, konsultantów krajowych, towarzystw pielęgniarskich – i pewien zaczątek do zmian w kształceniu podyplomowych już się zadział. Niestety pandemia to wszystko nam przerwała. Jednak jest mowa o tym, żeby był wprowadzony e-learning, by było kształcenie teoretyczne w 50% metodą online. Chcemy też zweryfikować liczby godzin kształcenia, wprowadzić punkty ECTS, żeby można było uznawać pewne kwalifikacje pielęgniarek, które wracają z innych krajów, gdzie się kształciły. Oczywiście jest mowa o kształceniu modułowym, o wprowadzeniu mentorów.

Dużo rozmawialiśmy też w kwestii ustandaryzowania kształcenia podyplomowego po to, aby pewne moduły ogólne mogły być prowadzone dla różnych zawodów, czyli interdyscyplinarne kształcenie w zakresie kompetencji miękkich, wiedzy ogólnej, która jest wymagana dla specjalistów lekarzy, i dentystów, i pielęgniarek, i położnych, i fizjoterapeutów, i diagnostów. To są partnerzy w procesie leczenia, tu nie można odrębnie się kształcić. Trzeba nauczyć się ze sobą rozmawiać i nawzajem wykorzystywać swoje kompetencje. Tak więc w tym kierunku kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zdąża.

Oczywiście brakuje nam centrów symulacji, przysłuchiwałam się więc, jak to wygląda u państwa. Myślę, że jeśli pewne zmiany w kształceniu podyplomowym zostaną wprowadzone, programy zostaną zatwierdzone, to będziemy szukać środków na to, żeby mogło być prowadzone kształcenie podyplomowe w centrach symulacji.

Pandemia też nam to pokazała, że mimo iż prowadziliśmy kształcenie teoretyczne online, praktyki były wąskim gardłem. Nie można było wypuścić specjalistów, ponieważ placówki nie wpuszczały z różnych powodów. Oczywiście my to potem uregulowaliśmy. Wprowadziliśmy taki zapis do naszej ustawy, że pielęgniarki po spełnieniu warunków w danej placówce, gdzie pracują, mogą realizować te staże, aby tych specjalistów wprowadzić do systemu. Tu szczególnie chodziło o anestezjologię, bo przecież był deficyt osób z tymi kwalifikacjami. Myślę jednak, że centra symulacji w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych na pewno wiele problemów tego typu by rozwiązały i mogłyby niezależnie od sytuacji epidemiologicznej wprowadzać specjalistów na rynek.

Chcę tylko państwu powiedzieć z danych statystycznych, na podstawie źródła z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, że na dzień 24 maja tego roku jest zatrudnionych 260 831 pielęgniarek i położnych. Natomiast specjalistów na ten moment mamy 85 724. To jest 33% zatrudnionych pielęgniarek i położnych, które mają tytuł specjalisty. Myślę więc, że to dość sporo, patrząc na wymogi dotyczące świadczeń gwarantowanych, gdzie jest wymagane zazwyczaj 25% na danym odcinku. Czas więc zająć się wprowadzeniem kształcenia podyplomowego na inny etap, większej jakości tego kształcenia.

Odniosę się jeszcze troszeczkę do opiekuna medycznego, ponieważ tak, zmienia się podstawa programowa. Ja w swojej historii zawodowej dziesięć lat kształciłam opiekunów medycznych, pracowałam w opiece długoterminowej, niesamowicie doceniam ten zwód. Czy poszedł w dobrym kierunku? Nie wiem. Na pewno należało im dać większe kompetencje. Też myślę, że to powinno być zrobione w kształceniu modułowym. Czyli zakres podstawowy opiekuna medycznego, który jest wykorzystywany w każdym oddziale szpitalnym. Powinien być wykorzystywany – z takim naciskiem – w każdym

oddziale szpitalnym, ponieważ oni z reguły zajmują się całym zakresem pielęgnacji podstawowej, do czego pielęgniarek, po pierwsze, brakuje, nie mają na to czasu i powinny zająć się zupełnie innym obszarem w opiece nad pacjentem i interdyscyplinarnością w reakcji na kolegów lekarzy czy fizjoterapeutów.

To powinno być już teraz zupełnie inne pielęgniarstwo, proszę państwa. Skończyło się pielęgniarstwo przy tak zwanej toalecie i łóżku pacjenta. Od tego właśnie mamy zawody pomocnicze i powinniśmy – dziękuję za ten głos, pani poseł – położyć duży nacisk na dobre kształcenie opiekunów medycznych, którzy będą partnerami dla pielęgniarek, które muszą wejść na inny poziom kompetencji. I tym głosem może…

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Będą pobierać krew i robić iniekcje…

Dyrektor CKPPiP Beata Guzak:

To znaczy, z tego co wiem, to prawdopodobnie są tylko iniekcje śródskórne, czyli podawanie insuliny i leków przeciwzakrzepowych, co i tak pacjent sam robi w domu, jeśli go przeszkolimy. Natomiast z tym pobieraniem krwi troszeczkę bym podyskutowała, bo to potem jest kwestia wykorzystywania tych kompetencji opiekuna w podmiocie leczniczym, ale to może już na inny etap dyskusji.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję pięknie za głos. Zgłaszała się pani, nasz gość z tyłu, z izby pielęgniarek. Bardzo proszę. I proszę o przedstawienie się, bo to nagrywamy.

Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Joanna Walewander:

Joanna Walewander, sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Ja dziękuję pani poseł za to pytanie, które pani tutaj wywołała, jeżeli chodzi o kształcenie opiekunów medycznych, ponieważ, proszę państwa, w 2020 r. praktycznie cały rok rozmawialiśmy z Ministerstwem Zdrowia na temat poszerzenia kompetencji. To znaczy my chcieliśmy rozmawiać, bo Ministerstwo Zdrowia z nami nie bardzo w tym zakresie…

Ten zakres poszerzenia kompetencji opiekuna medycznego był bardzo duży. Właśnie dzięki tym rozmowom z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, w jakich ramach ma on być poszerzony, udało się go ograniczyć. Tak jak moja przedmówczyni wskazała, do czynności typowo pielęgnacyjnych, opiekuńczych, higienicznych jak najbardziej powinien być przygotowany i w tym kierunku kształcony z uwagi na to, że jest duże zapotrzebowanie na opiekę pielęgnacyjną. Dzisiaj pacjent trafiający do hospitalizacji wymaga właśnie szerszego zaopiekowania się nim.

Proszę państwa, propozycje były daleko idące. Asystent podczas zabiegów operacyjnych, na bloku operacyjnym to był szerszy zakres – do rehabilitacji, również do opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie i do opieki nad pacjentami psychiatrycznymi. Po tym, jak udało się nam powstrzymać pewien zapęd Ministerstwa Zdrowia do poszerzania tej podstawy programowej kształcenia opiekuna medycznego, zostało to ograniczone, niemniej jednak, jak zostało wskazane przed chwileczką, ta podstawa została poszerzona o zakres wykonywania iniekcji niektórych leków podskórnych, jak i pobierania badań.

Odnośnie do pobierania badań nie zgodzimy się, proszę państwa, z uwagi na to, że to pielęgniarki i położne pracujące w oddziałach przygotowują pacjenta, pobierają badania. Często pacjent, który jest w oddziale, jest schorowany i są trudności z wkłuciem się. Jeśli więc do pacjenta będą przychodziły osoby bez doświadczenia tylko do pobrania, to najpierw ktoś mu pobierze te badania, następnie przyjdzie pielęgniarka czy też położna, która będzie zakładała wenflon, i jest następne wkłucie itd., itd. Chcieliśmy zapobiec takim działaniom. Niemniej jednak zobaczymy, w jaki sposób będą ci pierwsi absolwenci, którzy będą wychodzić… Jednak wskazujemy, że jest zapotrzebowanie na taką opiekę, więc oni powinni być w oddziałach, ale do typowo i stricte higienicznych czynności pielęgnacyjnych.

Natomiast, proszę państwa, nie ma zastępowalności opiekuna. Opiekun nie zastąpi pielęgniarki czy też położnej, bo każdy w tym systemie ochrony zdrowia kształcony jest do odpowiednich zadań, odpowiada za te wykonane zadania i to jest odpowiedzialność

zawodowa pielęgniarki i położnej. W związku z tym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opracowała taki projekt i od 2013 r. był on przesyłany do Ministerstwa Zdrowia wielokrotnie, że opiekun pracuje pod nadzorem pielęgniarki przy pewnych czynnościach, gdzie idą razem. Jeśli chodzi o samą pielęgnację, przecież jeżeli ci opiekunowie w odpowiedniej liczbie będą zatrudniani, to będą szli z pielęgniarką, bo profilaktyka przeciwodleżynowa nie leży w gestii opiekuna medycznego, tylko leży w gestii pielęgniarki. Zatem wiele czynności, jeśli chodzi o tę opiekę pielęgnacyjną, higieniczną, jest powiązanych, we współpracy – i chcielibyśmy, żeby to w ten sposób wyglądało.

Natomiast, odnosząc się jeszcze do kształcenia przeddyplomowego, w 2019 r. zostały zmienione standardy kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych. Są one satysfakcjonujące dla zawodu pielęgniarki i położnej. Będą miały więcej uprawnień i samodzielności. Nie będziemy musiały tego kształcenia uzupełniać kursami specjalistycznymi i kursami kwalifikacyjnymi. Pielęgniarka będzie już przygotowana do wykonywania pewnych czynności samodzielnie, na przykład szczepień ochronnych, resuscytacji krążeniowo-oddechowej czy też opieki w anestezjologii i intensywnej terapii. Natomiast jeśli chodzi o uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa, również dajemy tę większą samodzielność w opiece nad pacjentem geriatrycznym, w opiece długoterminowej. Tak więc ten zakres samodzielności zwiększa się.

Niemniej jednak są trudności w dalszym ciągu w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia o usankcjonowaniu pewnych uprawnień, do których jesteśmy przygotowane, żeby pielęgniarki mogły samodzielnie podejmować tę pracę. Byłoby to lepsze dla systemu ochrony zdrowia z uwagi na to, że lepsze byłoby wykorzystanie potencjału pielęgniarek i położnych, które obecnie są w zawodzie. Tak też jest na przykład z monitorowaniem dobrostanu płodu wykonywanym przez położną. Położna uczy się wykonywania USG na poziomie licencjackim, na magisterium jest kontynuacja, a jednak, proszę państwa, tego w samodzielności zawodowej nie mamy.

Jeśli chodzi jeszcze o kształcenie przeddyplomowe, zwiększona została liczba, niemniej jednak cały czas za mało jest pielęgniarek. Tak jak państwo wiecie z doniesień medialnych i na podstawie Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, 70 tys. pielęgniarek i położnych obecnie pracujących posiada uprawnienia emerytalne. W związku z tym ta zastępowalność pokoleniowa powinna być uzupełniana poprzez młode kadry. Jest zwiększenie zainteresowania, niemniej jednak te 5 tys. osób, które od 2018 r. sukcesywnie kończy kształcenie w zawodzie pielęgniarki czy też w zawodzie położnej, nie satysfakcjonuje systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim nas jako Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, ponieważ ten niedobór kadrowy jest bardzo duży.

W latach 2020–2021 cały czas mamy zmianę wprowadzaną przez ministra zdrowia. Jest jakby odstępowanie od norm zatrudniania pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki i położne pracują w bardzo trudnych warunkach, dlatego że te normy nie są przestrzegane przez pracodawców – i jest to ograniczenie dostępności do świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne. Tak samo w opiece długoterminowej czy w podstawowej opiece zdrowotnej. Od roku 2020 brak wyceny porady pielęgniarki i porady położnej w POZ, podczas gdy w dobie pandemii ten produkt oddzielnie finansowany byłby bardzo wskazany z uwagi na to, że podstawowa opieka w większości była zamknięta. Niemniej jednak pielęgniarki i położne swoich pacjentów, czy paliatywnych, czy w opiece długoterminowej, czy w podstawowej opiece zdrowotnej, nie pozostawiły w domach samych sobie czy też ich rodzinom. Zatem nasze propozycje większej samodzielności w tych dziedzinach, do których jesteśmy przygotowane, powinny być w szybszym tempie realizowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Proszę państwa, rozmowy jeśli chodzi o kwalifikacje do szczepień, były prowadzone od 2017 r. Musiał wydarzyć się COVID, żebyśmy mogły kwalifikować do szczepień. Nie mówimy o wszystkich szczepieniach, bo zdajemy sobie sprawę z tego, że jest to odpowiedzialność zdecydowanie bardzo duża, ale jeśli chodzi o grypę, to jak najbardziej, a to były nasze działania od 2017 r. Dziękuję państwu posłom za to, że idziemy właśnie w tym kierunku – z tego co wiem z ostatniego posiedzenia Komisji Zdrowia – i że to kwalifikowanie będzie też przy grypie.

Kolejnym problemem, jeśli chodzi o kształcenie przed- i podyplomowe, proszę państwa, jest to, że tych podmiotów leczniczych o pewnych poziomach referencyjnych jest

tyle, ile jest, a do kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej przystępuje zwiększona liczba osób. Praktyki w tych podmiotach leczniczych też są nie do końca takie, jakie one powinny być. Ta jakość powinna być podniesiona, ponieważ często słyszymy, mamy sygnały od osób, które kończą niestacjonarnie studia, na przykład magisterskie, że mają we własnym zakresie realizację praktyk zawodowych, które są bezwzględnie potrzebne. Wiemy, że część jest zaliczana na podstawie tego stażu pielęgniarki i położnej, a część pielęgniarek i położnych musi sama… Chcielibyśmy więc wskazać na poprawę.

Również jeśli chodzi o kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – co wspominała pani dyrektor Guzak – jesteśmy znaczną grupą zawodową, mamy swoje Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Centrum opracowuje programy i bardzo dobrze, że jest to właśnie przygotowane przez centrum. Te programy systematycznie są ewaluowane i zmieniane, natomiast – tak jak pani dyrektor wspomniała – chcemy poprawić tę jakość poprzez właśnie zmianę w samym kształceniu specjalizacji czy też kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję za te obszerne informacje.

Czy ktoś chciałby jeszcze zabrać głos w części dyskusyjnej? Bardzo proszę, panie rektorze.

Przewodniczący KRAUM Marcin Gruchała:

Jaj chciałbym tylko troszkę uzupełnić albo odnieść się do tych głosów, które tutaj padły. Padło takie pytanie ze strony pani poseł o długość cyklu kształcenia lekarza. My jako uczelnie medyczne od lat postulujemy zniesienie stażu podyplomowego. Uważamy, że ten dodatkowy rok stażu, w momencie kiedy uczelnie zmieniły swoje programy w sposób bardzo istotny, wprowadzając w kształceniu lekarzy szósty rok o profilu całkowicie praktycznym właśnie z myślą o planowanym wówczas zniesieniu stażu podyplomowego… Również z tą myślą powstały właśnie centra symulacji medycznej, żeby lepiej przygotować studentów od strony praktycznej. Uważam, że ten rok rzeczywiście jest zbędny albo postulowałbym zastanowienie się nad włączeniem tego roku już do kształcenia specjalizacyjnego, co również mogłoby to istotnie skrócić.

Jeżeli chodzi o czas kształcenia przeddyplomowego, podlegamy dyrektywie unijnej, która mówi o co najmniej pięciu latach i o minimalnej liczbie godzin, ile to kształcenie musi trwać. Z naszej praktyki wynika, że zmieszczenie tych godzin w pięciu latach spowodowałoby ogromną kumulację zajęć. Myślę, że odbiłoby się to negatywnie, ponieważ studenci już nic innego by nie robili, tylko byliby po prostu więźniami na uczelni, a wiemy, że w procesie studiowania chodzi również o troszeczkę szerszy rozwój człowieka. Tak więc ja bym nie skracał tego czasu. To tyle.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję, panie rektorze, aczkolwiek muszę powiedzieć, że kwestia skrócenia czasu nauki dla medyków jest naprawdę szeroką przestrzenią i co osoba – to inny punkt widzenia wynikający z różnych doświadczeń. Ja osobiście uważam, że praktyki młodemu studentowi, szczególnie w dzisiejszych stechnicyzowanych czasach, rzeczywiście się przydają, ale to jest temat do szerokiej dyskusji...

Przewodniczący KRAUM Marcin Gruchała:

Ostatnie zdanie, żeby już nie przedłużać, jeśli pani przewodnicząca pozwoli. Chciałbym też powiedzieć, że to nie jest tak, że programy i plany studiów nie zmieniają się od 50 lat. Te programy zmieniają się co roku, proszę państwa. My poruszamy się oczywiście w ramach standardu, ale programy żyją cały czas i bardzo się zmieniają. Kształcenie jest zupełnie inne. Dzisiaj studenci mają zajęcia z psychologami, ten profil zajęć jest zupełnie inny, co wynika właśnie i ze zmian technologicznych, i z tego, że jesteśmy innym społeczeństwem. Tak więc nie jest tak źle. I to odbywa się w ramach autonomii uczelni, decyzjami wewnątrzuczelnianymi.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę o zabranie głosu.

Szef biura dyrektora CMKP Michał Waszkiewicz:

Pani przewodnicząca, pani poseł, szanowni państwo, ja jeszcze dwa słowa á propos skrócenia czy też ograniczenia liczby specjalizacji. Chciałbym zaznaczyć – mówili o tym pan minister i magnificencja – że również kwestie szkolenia specjalizacyjnego i długości szkolenia w poszczególnych dziedzinach medycyny są objęte regulacją europejską. Są objęte dyrektywą. Wobec tego tutaj też jesteśmy ograniczeni przepisami europejskimi. Dopóty, dopóki chcielibyśmy, żeby nasi lekarze mieli szansę swobodnie wykonywać swój zawód również na terenie Unii Europejskiej, także jako lekarze specjaliści, jesteśmy związani tymi okresami, o których mówi dyrektywa.

Faktycznie, pani poseł, jest tak, że w niektórych państwach dziedzin szkolenia specjalizacyjnego jest trochę mniej albo one troszkę inaczej się nazywają. Polska może nie wiedzie prymu w skali Europy, jeśli chodzi o liczbę, ale rzeczywiście, powiedzmy, że jesteśmy w czołówce. Dyskusja na temat ograniczenia czy takiego uogólnienia kształcenia w pewnych dziedzinach, poszerzenia tych horyzontów z całą pewnością jest otwarta. Natomiast też powinniśmy pamiętać, że medycyna rozwija się niezwykle dynamicznie i raczej w kierunku zawężania specjalizacji, konkretyzowania umiejętności. Kwestia udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli ta praktyka, też trochę idzie w tę stronę, więc analizując ten temat czy dyskutując o tym zagadnieniu, to również musimy mieć na uwadze.

Jeszcze tylko historycznie chciałbym może zaznaczyć – minęło już parę lat, bo to kwestia 2014 i 2015 r. – że taki spory krok w stronę uelastycznienia szkolenia specjalizacyjnego został zrobiony. To znaczy został wprowadzony modułowy system szkolenia specjalizacyjnego, gdzie po tym module ogólnym w czterech ogólnych dziedzinach można się specjalizować w wąskich dziedzinach. To był pierwszy krok w stronę uelastycznienia tego i myślę, że on się sprawdza.

A jeśli chodzi o kwestię medycznego asystenta chirurga, to chciałbym powiedzieć, że w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego jest już pilotażowy program takiego szkolenia. On jest dyskutowany przez ekspertów. Poprawią mnie być może koleżanki z Ministerstwa Zdrowia – o ile wiem, przewidywane jest finansowanie takiego pilotażowego programu dla pierwszej bodajże setki ratowników medycznych. Temat nie jest zarzucony – to chciałbym podkreślić – natomiast jest na wstępnym etapie, ale już pewne konkrety w tym zakresie mamy.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję.

O głos prosiła pani poseł Anna Dąbrowska-Banaszek. Bardzo proszę.

Poseł Anna Dąbrowska-Banaszek (PiS):

Tak, to znaczy każda osoba zakwalifikowana czy podejmująca szkolenie, edukację w określonej specjalizacji otrzymuje zakres szkoleń, staży i procedur, które musi wykonać. Każdą procedurę dokumentuje się wpisami bardzo szczegółowymi. Podam przykład spirometrii – kiedy wykonane, kto, pierwsza asysta, druga asysta. Trzeba to robić każdego dnia. Jest to duża biurokracja, bo to są rzeczy, które może nie są aż tak ważne akurat przy tej procedurze. Rozumiem, przy zabiegowych, ale… Są pewne procedury, w przypadku których można byłoby się zastanowić, czy wymagają aż takiej biurokracji. To jedno.

Dwa. W momencie kiedy osoba rozpoczyna specjalizację, niezależnie od tego, czy w systemie rezydenckim, czy pozarezydenckim, ma również ten wykres staży, przy czym staże realizowane są w tym zakresie w niewielkiej liczbie placówek i na taki staż po prostu długo się czeka. Jeśli nie zapisze się na początku, to wtedy ten czas specjalizacji wydłuża się o ten czas, kiedy można uzyskać to miejsce na staż. Po prostu jednostka ma określone możliwości i zasoby, jeśli chodzi o to, ile osób może szkolić w danym momencie.

Może warto rozważyć zwiększenie liczby podmiotów, które realizują obowiązkowy staż w danym zakresie, o kolejne, bo to byłoby na pewno ułatwieniem dla tych osób specjalizujących się. Nie musiałyby aż tak długo czekać na to, żeby ten staż odbyć. Tak więc to jest ważne i to byłaby taka pomoc.

Jeśli chodzi o kursy, to tak naprawdę zwykle pojawiają się one w ciągu całego roku. O niektórych wiemy już na początku roku, kiedy będą. Są takie, które są organizowane przez podmioty prowadzące szkolenie bardzo często, ale są też takie, które są bardzo rzadko. Jak to zrobić – bo też ograniczona jest liczba osób, które mogą być na takim szkoleniu. Wiadomo, warunki lokalowe i teraz dodatkowo obostrzenia. Czy nie należałoby zwiększyć liczby podmiotów, które prowadziłyby tego typu szkolenia? Mamy wiele uczelni, wiele podmiotów, które robią to, tylko jest kwestia mobilizacji, żeby to było częściej. Można byłoby sobie rozłożyć te szkolenia w ciągu roku i dopasować do swojej codziennej pracy tam, gdzie ma się podstawową pracę.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ja tylko dodam, że faktycznie to, co poruszyła tutaj koleżanka, jest bardzo wielkim problemem, bo jeżeli chcemy zwiększać liczbę miejsc dla studentów, jeżeli chcemy zwiększać liczbę uczelni, to potem są tego typu problemy. Staże cząstkowe prowadzą tak naprawdę w ograniczonym zakresie poszczególne szpitale czy poszczególne kliniki i dostanie się na taki staż graniczy często z cudem. Jeżeli będziemy zwiększać liczbę studentów – ja tylko chciałam pokazać, jaki to jest złożony problem – zwiększać liczbę medyków, to trzeba myśleć o tym, że potem gdzieś muszą robić te specjalizacje. To jedno.

Pan też poruszał, że właściwie nie ma problemu, bo są nasycone województwa, że każde województwo prawie wszystkie specjalizacje może prowadzić, ale czasami jest tak mała liczba tych specjalizacji, że to województwo nigdy na swoją potrzebę nie wyszkoli lekarzy. Zatem liczba lekarzy – tak, ale i liczba miejsc specjalizacyjnych. Jeśli liczba miejsc specjalizacyjnych, to też liczba miejsc staży cząstkowych, bo te staże cząstkowe może trzeba by było zweryfikować. Ja nie twierdzę, że one są złe czy niedobre, czy przestarzałe, ale może trzeba by je zweryfikować, bo jedno za drugim nie nadąża i potem są tego typu problemy. Ci studenci rzeczywiście mają bardzo duże problemy, nie mówiąc o tym, że gdy szpital ma problem z lekarzami, to nie wysyła czasami tego specjalisty i właściwie utrudnia mu, powiedzmy, w ten sposób. Ja wiem, że nie powinien, że jest ścieżka, ale niestety tak jest.

I jeszcze tylko odnośnie do szkolenia pielęgniarskiego, bo tutaj na pewno należałoby bardzo zastanowić się nad specjalizacjami pielęgniarskimi i uprawnieniami, jakie te specjalizacje mają dawać, bo jest chyba niewykorzystanie mnóstwa pielęgniarek i położnych. Jeżeli 33% stanowią pielęgniarki ze specjalizacją, to spróbujmy wykorzystać, w pozytywnym tego słowa znaczeniu, te specjalizacje dla całego systemu ochrony zdrowia. Tu mogą być naprawdę osoby bardzo pomocne. Czasami szukamy nowych zawodów, a nie wykorzystujemy tego, co jest. Nie wiem, dlaczego poszliśmy…

Możliwe, że my jako posłowie nie wiemy dużo o rzeczach, jakie się toczą w ministerstwie, ale dlaczego wyszło się od szkolenia opiekunów medycznych – czy dlatego, że to jest najprostszy temat, który można było załatwić, załatwiliśmy więc szkolenia opiekunów? – a nie od tego, co robić z różnymi rodzajami specjalizacji pielęgniarskich, jak to wykorzystać i jak też ukrócić różnego rodzaju kursy, które są w pielęgniarstwie. Przecież pielęgniarki kończą studia magisterskie z pielęgniarstwa, kończą specjalizacje i znowu, żeby wykonać coś prostego, to muszą robić kurs. Żeby zdjąć szwy, one muszą kurs zrobić. Jest to często podwójne, niepotrzebne inwestowanie środków.

Dziękuję. Już się nie odezwę.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Ależ skądże. Absolutnie, pani poseł, wszystkie pani refleksje są takie, nad którymi kiwaliśmy głowami... Tutaj wszyscy państwo posłowie pracujemy w ochronie zdrowia wiele

lat, więc kiwaliśmy głowami, bo kwestie specjalizacji, punktów specjalizacyjnych i miejsc specjalizacyjnych to odwieczna bolączka. A kwestia tych dodatkowych kursów dla pielęgniarek, tego dublowania kształcenia pielęgniarek też jest problemem.

Jednak zanim oddam głos naszym gościom, jeszcze zgłaszała się pani poseł Sójka. Bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Ja króciutko. Szanowni państwo, bardzo dziękuję, bo jako kolejna osoba i w zasadzie z całkiem niedawnej praktyki, bo robiłam specjalizację, chciałabym jeszcze podtrzymać to, co powiedziały pani poseł i pani poseł, á propos kursów specjalizacyjnych i cząstkowych staży specjalizacyjnych. Ja całkiem niedawno zdawałam egzamin – dwa lata temu – i bardzo dobrze pamiętam, że były takie kursy specjalizacyjne, na które bardzo trudno było się dostać. To znaczy były trudności, żeby dostać się na dany termin – i rzeczywiście to się nie udawało. Oczywiście to zawsze trzeba połączyć z pracą w oddziale i niejednokrotnie była to dosyć duża trudność. Myślę, że pandemia, która spowodowała to, że o wiele łatwiej sięgamy po technologię i pewne kursy odbywają się online, sporo rzeczy ułatwiła. Natomiast warto zwrócić uwagę na to, żeby ułatwić cały system, żeby ta dostępność była większa.

Pewnie sporo się zmienia w ostatnim czasie. System Monitorowania Kształcenia powoduje… Ja jeszcze zrobiłam specjalizację w trakcie tego starego systemu. Krótko po tym, gdy skończyłam, wszedł system SMK i inaczej to dzisiaj wygląda. Natomiast myślę, że jeśli chodzi o miejsca specjalizacyjne, co tak często tutaj podkreślamy, to dzisiaj jest troszeczkę łatwiej i mam nadzieję, że jest inaczej niż te osiem lat temu, kiedy ja rozpoczynałam specjalizację. Natomiast jeśli chodzi o kursy, o staże cząstkowe, dokładnie podtrzymuję to, co mówiły pani poseł i pani poseł.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję.

Po kolei. Widziałam, że panie z Ministerstwa Zdrowia chciałyby chyba odnieść się do kwestii specjalizacyjnych. Tak. To bardzo proszę, a później pani doktor Guzak.

Szef biura dyrektora CMKP Michał Waszkiewicz:

Ja czuję się wywołany do odpowiedzi. Oczywiście postaram się wyjaśnić. Może zacznę od kursów, bo temat jest troszkę prostszy. Faktycznie tutaj technologia i pandemia, która troszkę przyspieszyła ten etap kształcenia online, znacząco ułatwiły dostęp do kursów specjalizacyjnych. To znaczy to, co było przeszkodą w tym, żeby każdy w każdym roku szkolenia specjalizacyjnego mógł skorzystać z kursu, w dalszym ciągu może nie jest w 100% specjalizacji możliwe. Proszę pamiętać, proszę państwa, że szkolenie specjalizacyjne jest szkoleniem elastycznym. To znaczy to nie jest program studiów, który w konkretnym roku szkolenia, z drobnymi wyjątkami, przewiduje sztywno odbycie konkretnego elementu. Wobec tego faktycznie jest tak, jak panie poseł wskazały – w niektórych latach zdarza się, że konkretnego kursu, szczególnie w wąskich specjalizacjach, nie udaje się zorganizować.

CMKP stale poszerza własną bazę kliniczną, która umożliwia nam organizowanie kursów specjalizacyjnych własnymi siłami, ale oczywiście korzystamy ze wsparcia uczelni medycznych i ze wsparcia jednostek, które są uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, bo tylko te są jednocześnie uprawnione do prowadzenia kursów specjalizacyjnych. Zatem tutaj mamy, proszę państwa, gwarancję jakości wynikającej ze zdobycia akredytacji.

Zarówno w programie kształcenia, w tych praktycznych elementach, jak również w tej części teoretycznej, co podkreślała pani dyrektor Guzak, co podkreślała przedstawicielka samorządu zawodowego pielęgniarek, nie ma akredytacji. Inaczej jest u lekarzy. Każdy element szkolenia jest realizowany w jednostce, która podlega akredytacji.

Technologia pozwoliła na to, że zarówno CMKP, jak i uczelnie medyczne, jak i jednostki, które organizują szkolenie, przestały być ograniczone lokalowo. To znaczy to powodowało pewien problem, że jeżeli uczelnia dysponowała salą stuosobową, to mogła przyjąć tylko stu kursantów na jedną edycję kursu. W tej chwili, w tej wirtual-

nej rzeczywistości jesteśmy w stanie organizować kursy na spokojnie po 500–600 osób, szczególnie w takich dziedzinach jak choroby wewnętrzne czy pediatria, gdzie specjalizujących się jest bardzo dużo. Ten limit i te ograniczenia zostały zniesione, choć chciałbym powiedzieć, że w pewnych kursach czy pewnych dziedzinach, tam gdzie wymagana jest czy oczekiwana jest – zarówno przez studentów, jak i przez wykładowców, większa interaktywność – oczywiście dążymy do tego, żeby ograniczyć takie masowe szkolenie, po to żeby umożliwić zadawanie pytań, dyskusję. Medycyna to jest jednak wyjątkowo wymagająca dziedzina wiedzy, jeśli chodzi o kształcenie. Wobec tego tutaj też nie możemy sobie pozwolić na takie pójście na łatwiznę i po prostu czyste przekazanie wiedzy z jednej na drugą stronę – mówiąc w uproszczeniu.

Jeśli chodzi o staże cząstkowe, to ja może zacznę od tego, że statystyka – często się o niej mówi, że to jest może nie cała prawda – matematyka mówi tak (ja tutaj mam aktualne dane): dysponujemy łącznie, proszę państwa, blisko 46 tys. miejsc szkoleniowych dla lekarzy w Polsce, w skali całego kraju. Prawie 46 tys. Z tego wolnych jest ponad 19 tys. Wobec tego w takim matematycznym ujęciu ta swoboda możliwości szkolenia się w niektórych dziedzinach jest rzeczywiście bardzo duża. Natomiast biorąc pod uwagę liczbę specjalizacji i niekiedy taką bardzo wąską specjalizację… Podam taki przykład pierwszy z brzegu, gdzie jest niewielu specjalizujących się – pediatria metaboliczna. Bardzo wąska dziedzina. Tu być może nie ma wielu szkolących się, bo jest poniżej 90 lekarzy, ale faktycznie w stażach cząstkowych, szczególnie takich specjalistycznych, może istnieć taki problem. Lekarzowi, któremu pasuje odbycie takiego stażu cząstkowego akurat w danym półroczu czy w danym roku, będzie trudno znaleźć miejsce w jednostce, która dysponuje akurat możliwością odbywania takiego stażu.

Natomiast chciałbym zapewnić, że od strony formalnej jeśli program specjalizacji przewiduje odbycie stażu cząstkowego, to jednostka akredytowana do szkolenia musi mieć formalne porozumienie, które takiemu lekarzowi umożliwi – przynajmniej w teorii, ale również w praktyce – możliwość odbycia takiego szkolenia. Jest to jednak bardzo złożona materia, przy tych kilkudziesięciu tysiącach lekarzy, którzy się szkolą w każdym roku w skali całego kraju, ta fluktuacja i przepływy, i możliwość zorganizowania i odbycia każdego stażu czy każdego kursu dokładnie wtedy, kiedy lekarzowi pasowałoby z różnych względów, bo to są przecież aktywności zawodowe, w przypadku pań to jest często macierzyństwo czy opieka nad dziećmi – nie da się tego (chciałbym to podkreślić) włożyć w takie ramy studiów, jak to sobie wyobrażamy. Wobec tego z jednej strony ta elastyczność pomaga, ale z drugiej strony musimy mieć świadomość tego, że też czasami stanowi utrudnienie.

Wydaje mi się, że to chyba tyle, ile zapamiętałem. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję pięknie.

Proszę bardzo, pani dyrektor.

Dyrektor CKPPiP Beata Guzak:

Ja bardzo się cieszę, że pani poseł poruszyła temat obecnie funkcjonujących przeróżnych kursów obejmujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Chciałabym tylko zaznaczyć, że na dzień dzisiejszy wygląda to w ten sposób, że wymóg określonych kursów określa albo płatnik, albo program kształcenia. Faktycznie jest ogromne nagromadzenie kursów. Już na dzień dzisiejszy jest prowadzona ewaluacja programów kształcenia, aby usunąć z nich na przykład wymóg posiadania kursu z RKO lub EKG w momencie przystępowania do specjalizacji. Natomiast jeśli ktoś przystępuje do specjalizacji w 2021 r., a przedstawia kurs z RKO z 1995 r., to umówmy się, jaką on ma wartość. Z kolei standardy akredytacyjne nakładają na podmioty lecznicze ciągłe doskonalenie z tego zakresu, więc zupełna niezasadność utrzymywania takiego kursu. Tak więc już powoli czyścimy programy z tych kursów.

Jeśli chodzi o nowe programy, chodzi właśnie o to wykorzystanie specjalistów. Szanowni państwo, obecnie jest chyba kilka aktów prawnych, które regulują samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych. Kiedy czytam jeden akt prawny, to mogę to, ale jeśli skończę to albo mam tę szkołę, albo mam tamten kurs. Ta niejasność przepisów spowo-

dowała, że podczas spotkań u nas, w centrum, i dyskusji na temat nowych programów specjalizacyjnych wyszliśmy z takiego założenia, że przede wszystkim trzeba określić kompetencje pielęgniarki specjalistki w danej dziedzinie.

Pielęgniarka specjalistka, która chce wejść na daną specjalizację, będzie wiedziała, jakie będzie miała kompetencje do samodzielnego wykonywania. To będzie jasny przekaz do płatnika, co może określić w warunkach szczegółowych, i jasny przekaz do podmiotów leczniczych. Czyli pracodawca będzie wiedział, kogo potrzebuje, na jakim stanowisku i co ta osoba będzie mogła wykonywać samodzielnie, bo na dzień dzisiejszy ta samodzielność jest naprawdę bardzo mocno rozmyta.

Chcemy, żeby było kilka jasnych kompetencji. To nie musi być pielęgniarka specjalistka w danej dziedzinie, która ma 25 kompetencji. Niech ma 5, ale takich twardych kompetencji, że będzie je mogła samodzielnie wykonywać w partnerstwie z kolegami.

W tym kierunku idzie zmiana programów kształcenia na kształcenie modułowe. Chcemy wprowadzić – co wcześniej wspominałam – że ten moduł tak zwany ogólny, który jest u nas jeszcze niedoprecyzowany, mógłby być wspólnie z innymi zawodami realizowany, oczywiście w poszczególnych zakresach, natomiast w module tak zwanym specjalistycznym miałyby być poszczególne kursy – chyba podobnie jest u lekarzy – po ukończeniu których pielęgniarka lub położna nabywa kompetencji. Czyli ten kurs teoretyczny ma być połączony ze stażem. Kończąc więc dany element, ma pewien certyfikat do wykonywania określonych zadań.

Chcemy też wydłużyć specjalizację z trzech do pięciu lat, ale też chcemy wprowadzić tę dowolność, bo właśnie wchodzą w to moment macierzyństwa, moment różnych urlopów, momenty zdrowotne, więc pielęgniarka będzie miała… Teraz jest system taki klasowy. Zapisuje się grupa 25 osób, przychodzi do klasy na zajęcia teoretyczne, potem hurtem idą na praktyki i to realizują. Chcemy to bardziej zindywidualizować, żeby na przykład ten staż był też w placówkach, gdzie pielęgniarka będzie mogła naprawdę przećwiczyć te elementy, które będzie mogła potem realizować w podmiocie leczniczym, do którego wróci.

I właściwie to tyle. Rozpędziłam się, ale to są kluczowe elementy, które są naprawdę w fazie projektu i w momencie, kiedy zapadną pewne decyzje odnośnie do dalszej realizacji zmian w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek i położnych, jeśli będzie mi to dane, to na pewno będę chciała w tym kierunku poprowadzić zmianę w kształceniu przeddyplomowym.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Tylko jedno pytanie do pani. Ponieważ w tej chwili pielęgniarki robią specjalizacje zarówno po licencjatach, jak i po magisterium, czy tutaj państwo coś przewidujecie? Jak to ma funkcjonować?

Dyrektor CKPPiP Beata Guzak:

Dokładnie tak, jak pani mówi, ponieważ w toku dyskusji okazało się, że też w kształceniu podyplomowym pierwszego i drugiego stopnia należy określić kompetencje absolwenta. Mając tamte kompetencje, my określamy kompetencje specjalistki. Jeśli ktoś będzie przystępował do specjalizacji po pierwszym stopniu, to ma określone kompetencje i żeby być specjalistą, będzie musiał wyrównać ewentualne niedostatki, a jeśli magister, no to automatycznie będzie musiał zrobić mniej kursów, bo już będzie miał te kompetencje nabyte. Tak więc to wszystko jest w fazie projektu.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Pięknie dziękuję.

Czy jeszcze są osoby, które chciałyby zabrać głos w toku dyskusji? Jest pan poseł Wicher. Bardzo proszę.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, odnosząc się do tej dyskusji, która budzi wiele nadziei i kierunkuje nas na świetlaną przyszłość, że idzie lepsze czy to w kształceniu,

czy to w kursach, czy w specjalizacjach, ja jednak jestem realistą dość twardo chodzącym po ziemi, więc chciałbym mówić o czasookresie, w którym możemy się spodziewać wdrożenia tak ważnych rozwiązań, choćby dla zawodu na przykład pielęgniarki i położnej. Zatem, pani dyrektor, takie pierwsze pytanie. W jakim terminie, w jakim horyzoncie czasowym będziecie państwo gotowi do wprowadzenia tych zmian, o których pani dyrektor, pani doktor tutaj nam wspominała? To jest dość istotne.

Drugi element, do którego chciałbym się odnieść. Pan rektor wspominał na początku dyskusji – zresztą pan minister do tego się odniósł – o akredytacji kolejnych uczelni, które mogłyby kształcić w zakresie medycznym, nie tylko lekarskim. Ja jestem zwolennikiem stanowiska pana ministra. Twarde akredytacyjne wymogi, ale jeżeli ktoś je spełni, zbierze kadrę, spełni wszystkie wymogi, no to nie ograniczajmy odnośnie do typu uczelni. Jeśli jesteś w stanie spełnić te wymogi, które mogą być zaostrzone, mogą być skonkretyzowane, to możesz otworzyć tę uczelnię i funkcjonować.

Natomiast idą dalej, odnośnie do specjalizacji i staży, ja kiedyś byłem dyrektorem w swoim ośrodku, też akredytowałem ośrodek dla jednej ze specjalizacji, otrzymując cztery stanowiska dla lekarzy do tej konkretnej specjalizacji. Właśnie widziałem, gdy rozmawiałem z moimi lekarzami, że jest problem znaleźć kurs, wpisać się na kurs. Tu jeden się skończył, ten będzie za rok, ten będzie za półtora – nie mówię o okresie pandemicznym, mówię o okresie, kiedy pandemia jeszcze nie przeszkadzała. Później staż – nie dostał się już na jeden staż, na drugi rok też się nie dostał… Generalnie rzecz ujmując, panie dyrektorze, ja usłyszałem, że ośrodek, który prowadzi specjalizację, teoretycznie powinien zapewnić temu lekarzowi możliwość odbycia stażu cząstkowego. Nie teoretycznie. Powinien zapewnić w określonym terminie ustalonym z tym lekarzem. I to powinno być obowiązkiem ośrodka akredytacyjnego. To powinno być twardą kompetencją tego ośrodka i twardym obowiązkiem, a nie żeby lekarz prosił, szukał, latał, tracił czas, energię. Lepiej, żeby siedział w gabinecie, niż poszukiwał stażu i tracił godziny na telefony, mejle i poszukiwanie, bo on chce, a ktoś będzie się z nim bawił w kotka i myszkę. Tak więc my musimy to bardzo twardo dookreślić.

Oczywiście są też inne tematy tej niepotrzebnej biurokratyzacji. Zgadzam się tu z panią poseł, z koleżanką Anią, która powiedziała, że część papierologii trzeba po prostu ograniczyć do minimum. Pokazujemy to w różnych zawodach, na przykład w nauczycielskim, który też staramy się dzisiaj czyścić z nadmiernej biurokracji, ale też zawody lekarzy, pielęgniarek i położnych pora oczyścić z nadmiernej, zbyt szczegółowej, zbyt wnikliwej analizy. I też powtarzalność.

Niestety marzeniem jest w końcu pełen elektroniczny obieg dokumentacji medycznej. Jeśli ja idę od prywaciarza (przepraszam za takie sformułowanie) do publicznego albo nawet między publicznymi placówkami i wszędzie zaczyna się od pytania – bo lekarz musi to zrobić – jakie leki pan zażywa itd., zamiast mieć już sczytane choroby, leki, dawkowanie na bieżąco, omijając tyle minut, tyle czasu w skali kraju – jest to coś niesamowitego – to byłoby to wielkim usprawnieniem.

Jednak to są oczywiście marzenia wykraczające poza dzisiejszą dyskusję, moi drodzy państwo, kiedy będziemy wprowadzać takie właśnie najważniejsze usprawnienia, i też ten czasokres – to według mnie jest ten priorytet – i ograniczenie dokumentacji. W związku z tym pytanie do ministerstwa, kiedy ewentualnie jesteśmy w stanie wypracować model akredytacyjny taki zaostrzony czy ewentualnie doprecyzowany dla nowych placówek, które będą kształciły przyszłych lekarzy i medyków, żebyśmy faktycznie mogli coraz więcej uniwersytetów czy też podmiotów dopuszczać do tego kształcenia. Ponieważ mamy pewną lukę, mamy co gonić. A myślę, że uczelnie nie powinny się bać – dzisiejsze akademie medyczne i nie tylko – ponieważ ich prestiż, ich autorytet będzie sprawiał, że będą mogły spokojnie walczyć na rynku z konkurencją, a konkurencja będzie tylko pomagała odnośnie do kształcenia ilościowego, ale w określonej, wysokiej jakości kształcenia. To jest więc bardzo ważne, żebyśmy się tu dogadali.

I ostatnie słowo, bo nie chcę przedłużać – specjalizacja. „Liczba specjalizacji” to już jest magiczne sformułowanie, które słyszę – jestem młodym posłem – od dwóch lat. Natomiast już dwa lata temu słyszałem, że dyskusja trwa i jest na pewnym magicznym, niedookreślonym poziomie. Tak więc, moi drodzy państwo, nie możemy się aż tak spe-

cjalizować. Rzeczywiście później lekarz w swoim życiu zawodowym może się udoskonalać w pewnym aspekcie, jak wybitna krakowska pani doktor chirurg, która jest mistrzynią w przyszywaniu różnych części ciała, które zostały odcięte, pani Chrapusta, ale nie tylko, a więc, to jest mistrzostwo. Jednak generalnie nie możemy się specjalizować w prawym palcu, w lewym palcu u nogi prawej, lewej, bo to też nie ma sensu. Nie ma tych miejsc, nie ma też czasu, musimy usprawnić to kształcenie, więc pytanie, kiedy możemy się nareszcie doczekać ograniczenia listy specjalizacji – bo to też jest bardzo istotne. I z tych najważniejszych spraw to chyba tylko tyle.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję panu posłowi.

Zanim oddamy głos państwu, bo widziałam, że pastwo zgłaszali się do odpowiedzi – pani dyrektor z Ministerstwa Zdrowia – to jeszcze po kolei państwo posłowie. Pan poseł Haidar i na chwileczkę pani poseł Banaszek.

Poseł Riad Haidar (KO):

Dziękuję bardzo.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja też powiem jako lekarz praktyk. Akurat też posiadam wąską specjalizację jako neonatolog i wiem doskonale, jakie to są problemy, jeśli chodzi o biurokratyzację. Tutaj bardzo cenny głos kolegi, poprzedniego posła, który mówił na temat standardu akredytacji. Niestety akredytacja w szpitalach, nawet wojewódzkich, przebiega w taki sposób, żeby mieć jak najwięcej dokumentów, jak najwięcej pieczątek na tych różnych kartkach. Dam przykład. Jeżeli lekarz neonatolog chce podjąć decyzję taką czy inną, to dana pielęgniarka tego nie zrobi bez pieczątki. To jest oczywiście dla bezpieczeństwa wspólnego, ale to jest zespół, który pracuje razem – i wiedzą nawzajem, co mają zrobić.

Pani pielęgniarka na przykład nie ma prawa napisać, żeby dokarmiać dziecko. W momencie kiedy matka z jakichś powodów nie jest w stanie karmić, to ma przyjść do lekarza, który być może jest zajęty przy jakimś procesie terapeutycznym, i ma napisać „proszę zlecać". Takie są niestety niuanse tych systemów akredytacyjnych. To jest jeden z elementów.

Tutaj magnificencja, pan rektor wypowiedział uważam, że bardzo praktyczną i bardzo cenną uwagę, że staż podyplomowy jest naprawdę zbędny. Ja szanownym państwu powiem jako lekarz, który wyspecjalizował kilku asystentów. Lekarz, który przychodzi do danej jednostki, na dany oddział, już jest zdeklarowany, już wie, co chce zrobić – i te staże cząstkowe, te cztery miesiące tu czy tam, są niewykorzystane. My tylko przedłużamy jego mękę, a on chce być na przykład chirurgiem. Obojętnie więc, co by mu oferować, żeby został pediatrą czy psychiatrą, to on tego nie zrobi. Dlatego uważam, że to jest bardzo ważne, żeby nad tym się zastanowić, bo to byłoby z korzyścią dla nas wszystkich.

I do pani z izby pielęgniarek i położnych. Chylę czoło przed pracą pielęgniarek i położnych. Pracowałem z nimi prawie 40 lat i wiem, jaki to jest ciężki kawał chleba, one naprawdę czasami zapominają, jak się nazywają. One pracują w taki sposób, że trudno o tym powiedzieć, że to jest heroizm, ale nieraz tak jest. A niestety ten zawód nie będzie atrakcyjny, szkoły akademickie czy medyczne nie będą ściągać tych ludzi do siebie, dopóki nie będzie atrakcyjności zawodu, jeśli chodzi o płace i normy pracy. Przecież my wszyscy wiemy, że te normy są czasami z sufitu wzięte. Liczba pracowników jest zgodna z normami ministerstwa, a dyrekcja idzie czasami na skróty po to, żeby – przepraszam za używane słowo – oszukać, bo chodzi o normy. A kosztem kogo? Kosztem i pacjenta, i pielęgniarek. Dlatego apeluję o zwracanie na to uwagi.

Jeśli chodzi o system szkolenia, ja kończyłem studia w 1981 r. i gdy przychodzą moi koledzy, młodzi doktorzy, to naprawdę od nich bardzo dużo można się nauczyć, bo system szkolenia, rozwój naszej nauki poszedł do przodu – ale najważniejszym miejscem do dalszego szkolenia jest praktyka. Jeżeli jednak ja jako szef oddziału nie będę pozwalał moim asystentom, żeby to robili, to niestety nawet niech będzie z dwoma czerwonymi paskami, to nic z niego dobrego nie będzie. To jest taka moja, być może osobista refleksja, ale z troską o zawód i lekarza, i pielęgniarki.

I nie możemy też produkować, nawet nie mamy skąd produkować lekarzy. Trudno, żeby szkoły zawodowe… Przepraszam, że dam taki przykład: cukiernik diabetolog, tynkarz ortopeda. Tak nie może być. Systemy szkolenia akademii medycznych do tej pory się sprawdziły i tutaj naprawdę z ogromnym szacunkiem do trudu kadry akademickiej… Mam nadzieję, że przyszłość przyniesie nam dużo dobrego.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Nad tym pracujemy, panie pośle, wspólnie, wszyscy razem.

Pani poseł Banaszek.

Poseł Anna Dąbrowska-Banaszek (PiS):

Kolega już wyczerpał pewne rzeczy, o których chciałam powiedzieć. Natomiast jeszcze kwestia uproszczenia pracy. Mamy nadzieję, że zrobi to e-dokumentacja. Pewnie byłoby to dużo łatwiejsze, gdyby systemy, na których pracują poszczególne jednostki, były kompatybilne, a tak naprawdę nie ma przepływu informacji nawet między poradnią a oddziałem w tej samej jednostce. Po prostu są oddzielne dokumenty. Nie możemy nawet korzystać z wyników badań. To też jest biurokracja, to też jest niepotrzebne. Moim zdaniem należałoby się zastanowić nad wprowadzeniem jednolitych programów, które byłyby kompatybilne.

To po pierwsze skróciłoby czas pracy, siedzenia przy tych wszystkich dokumentach, bo pewne decyzje opiera się na informacjach uzyskanych z wywiadu, a właściwie większość, prawie 90%. Nie mamy dostępu do tego, co było już wcześniej zrobione. Ta e-dokumentacja bardzo by pomogła, ale te systemy nie są kompatybilne, więc warto by było zainwestować pracę, pieniądze po to, żeby zmniejszyć czas potrzebny do pozyskiwania tych informacji z poprzednich danych.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję.

Ja jeszcze tak organizacyjnie proszę państwa, bo zbliża się godzina 12:00, a my do godziny 12:00 jesteśmy tutaj. Państwo posłowie mają kolejne posiedzenia Komisji, już widzę, że z niepokojem patrzą na zegarki, więc bardzo proszę o podsumowanie tej dyskusji ze strony państwa z Ministerstwa Zdrowia. Te ostatnie aspekty to były już takie bardzo operacyjne, techniczne, na które odpowiedź ma pani dyrektor, jak rozumiem. Ministerstwo Zdrowia.

Zastępca dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia Magdalena Przydatek:

Dzień dobry. Magdalena Przydatek, zastępca dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia.

Ja bym chciała króciutko odnieść się do kilku kwestii, które państwo poruszyli. Przede wszystkim do kwestii tych terminów poruszanych tu przez pana posła. Jeśli chodzi o kształcenie na kierunku lekarskim w nowych uczelniach, na chwilę obecną trudno nam odnieść się do tego, kiedy to mogłoby się zadziać, i do terminów, bo szanowni państwo, projekt ustawy jest dopiero dzisiaj w pierwszym czytaniu w Sejmie, więc przed nami jeszcze dyskusja na ten temat. Chciałabym jednak zauważyć, że pewne wymogi odnośnie do tego, co uczelnia musi spełnić, żeby móc kształcić na kierunku lekarskim, już są określone w przepisach prawa o szkolnictwie wyższym i nauce oraz aktach wykonawczych. Tak więc podstawowe kwestie w tym zakresie są znane.

A odnosząc się do terminów dotyczących zmniejszenia liczby specjalizacji, to jest to temat, który wymaga konsultacji z całym środowiskiem. Został on już podjęty w Ministerstwie Zdrowia. Były prowadzone rozmowy z poszczególnymi konsultantami krajowymi, ale, szanowni państwo, każdy konsultant uważa, że jego dziedzina jest ważna i musi zostać, więc to nie jest prosty temat do rozmowy. Dyskutujemy po prostu, ale dajcie nam jeszcze chwilę w tym zakresie.

Chciałabym jeszcze odnieść się do poruszonej kwestii opiekuna medycznego i rozszerzonej podstawy kształcenia. Faktycznie rozszerzona została podstawa kształcenia

w zawodzie opiekuna medycznego o pewne kwestie, ale zauważę też, że został zwiększony czas kształcenia opiekuna o pół roku. Aktualnie opiekun będzie kształcony w cyklu półtorarocznym, a nie rocznym, jak było do tej pory, więc wydaje się, że będzie odpowiedni czas na naukę tych nowych kompetencji. Pracujemy też w ministerstwie nad rozwiązaniami, które pozwolą na to, aby obecni opiekunowie mogli po prostu dokształcić się i zyskać takie same kompetencje jak ci nowi opiekunowie, którzy wejdą do systemu wiosną 2023 r. W tym zakresie pracujemy nad projektem unijnym, gdzie zgłosiliśmy wiele szkoleń i kursów dla opiekunów medycznych. Jest to finalizowany projekt. Mamy już potwierdzenie Komisji Europejskiej. Prawdopodobnie wiosną następnego roku będziemy ruszać z takim cyklem szkoleń i kursów dla opiekunów.

Druga kwestia w tym zakresie, która dotyczy nie tylko opiekunów medycznych, ale również innych zawodów, to jest projekt ustawy o niektórych zwodach medycznych. Dotyczy on takich zawodów jak asystentka stomatologiczna, elektroradiolog, opiekun medyczny właśnie, protetyk słuchu czy technik ortopeda. Jest tych zawodów około 15 w tej ustawie. Ta ustawa jest też wynikiem rozmów ze środowiskiem.

Potrzeba wprowadzenia nowych regulacji i zasad wykonywania zawodów jest podkreślana przez całe środowisko. Taki projekt został przez nas przygotowany. W tym tygodniu projekt zgłosiliśmy do wykazu prac programowych Rady Ministrów i czekamy na decyzję. Będziemy po prostu projekt konsultować. Liczymy, że w ciągu miesiąca pokażemy go na zewnątrz, żeby wszyscy zainteresowani mogli się z tym projektem zapoznać.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję.

Rozumiem, że pan dyrektor. Bardzo proszę.

Szef biura dyrektora CMKP Michał Waszkiewicz:

Postaram się zająć jeszcze państwu nie więcej niż jedną minutę. Bardzo króciutko.

Jeśli chodzi o element stażu przeddyplomowego, chciałbym zwrócić uwagę na to, że on również jest objęty regulacją dyrektywy. To znaczy program kształcenia na poziomie podstawowym obowiązkowo wymaga szkolenia praktycznego w szpitalu – poza uczelnią, w szpitalu. Zatem całkowicie z tego stażu zrezygnować nie możemy. To jest odpowiedź na jedno z pytań.

I szybciusieńko kwestia tej biurokracji, choć ja wolę słowo „technokracji". Pani poseł Gelert wspomniała tutaj, jak ważna jest mierzalność efektów. Tutaj kwestia dość szczegółowego dokumentowania przebiegu szkolenia specjalizacyjnego przekłada się właśnie na tę technokrację w postaci wypełniania, już w tej chwili elektronicznych w większości wypadków, kart szkolenia specjalizacyjnego, bo owszem, chociaż staż cząstkowy jest policzony na trzy tygodnie, to nie chodzi o to, żeby odbyć matematycznie trzy tygodnie – przyjść do pracy i wyjść z pracy – tylko rzeczywiście zapoznać się z pewnymi praktycznymi elementami szkolenia specjalizacyjnego. Zatem tam jest kwestia powiązania elektronicznej dokumentacji medycznej z tym, co jest wpisywane do karty…

Do pewnego stopnia ja sobie zdaję sprawę z tego, że jeśli ktoś trafia na wąziutki staż na dwa tygodnie do placówki, która wąsko się specjalizuje, to może akurat nie trafi się mu pacjent, który będzie wymagał konkretnego zabiegu, niemniej jednak nie jesteśmy w stanie przy tak szerokiej liczbie osób specjalizujących się, jednostek wszystkiego tak dokładnie policzyć. Chciałbym tylko zwrócić państwa uwagę na to, że to nie jest takie łatwe. Ja rozumiem, że to się indywidualnie przekłada na pewne trudności, ale w skali systemu, organizacji systemu bardzo trudno jest znaleźć ten balans między dokumentacją jakości, ilością obowiązków technokratycznych a łatwością w szkoleniu się specjalizacyjnym.

Bardzo dziękuję.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Ja jeszcze tylko się odniosę…

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

…do pani z ministerstwa. To jakby nie na temat, nad którym teraz dyskutujemy. Nasunęła mi się taka refleksja, jak panie powiedziały, że do tej pory, jeśli chodzi o opiekuna medycznego, to było roczne szkolenie, a w tej chwili wydłużamy je do półtora roku. Nasuwa się więc takie pytanie, co było zamiarem ministerstwa, żeby umieścić opiekuna medycznego i pielęgniarkę ze średnim wykształceniem poprzednim na jednym poziomie wynagrodzenia, tego najniższego, które obowiązuje w danej grupie. Opiekun medyczny po rocznej szkole, sekretarka medyczna w ogóle bez szkoły i pielęgniarka po dwu- czy dwuipółletniej szkole pomaturalnej znaleźli się na jednym poziomie. Mam nadzieję, że to będzie odkręcane przez państwa, tym bardziej że dalej ten opiekun będzie miał zaledwie półtora roku szkolenia. Czyli na pewno pensum godzinowe będzie inne niż pielęgniarki, która kończyła tę szkołę ileś lat temu.

To jest zastanawiające, bo patrzcie państwo, jak jedno przeczy drugiemu. Nikt nad tym się nie zastanawiał, jak to jest i dlaczego tak się zadziało i tyle zamętu wprowadziło, bo właśnie takie ustawienie wprowadziło największy zamęt wśród zawodów medycznych. Sami państwo potem patrzycie i mówicie, że tu jeszcze trzeba podnieść o pół roku, żeby ten opiekun medyczny posiadł trochę więcej tej wiedzy, a jednocześnie spłaszcza się te dwa zawody, mówiąc, że to jest ten sam poziom. I tu nie ma znaczenia, czy dyrektor da więcej pieniędzy, bo zawsze każdy może dać więcej. Państwo ustaliliście to na jednym poziomie. To tylko tak ad vocem, bo to nie jest absolutnie związane…

Zastępca dyrektora departamentu MZ Magdalena Przydatek:

Ja szybciutko się odniosę, pani poseł. Trwają prace innego zespołu w tym aspekcie, więc niewykluczone, że temat dokładnie tej ostatniej grupy będzie poruszony i będzie to zmienione.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo serdecznie dziękuję wszystkim państwu za cenną, dynamiczną dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia podkomisji.

Zamykam posiedzenie podkomisji.